

Izazovi sestrinstva u prevenciji bolesti i promociji zdravlja u starijoj životnoj dobi

Gašparini - Milanović, Nataša

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:433215>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVO

Nataša Gašparini-Milanović

IZAZOVI SESTRINSTVA U PREVENCIJI BOLESTI I PROMOCIJI ZDRAVLJA U
STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Diplomski rad

Pula, 2023.

JURAJ DOBRILA UNIVERSITY OF PULA
FACULTY OF MEDICINE IN PULA
GRADUATE UNIVERSITY STUDIES IN NURSING

Nataša Gašparini-Milanović

NURSING CHALLENGES IN DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION IN
OLDER AGE

Master thesis

Pula, 2023.



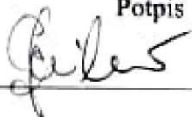
IZJAVA O KORIŠTENJU AUTORSKOG DJELA

Ja, NATAŠA GAŠPARINI-MILANOVIĆ dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj diplomski rad pod nazivom "Izazovi sestrinstva u prevenciji bolesti i promociji zdravlja u starijoj životnoj dobi"

koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, rijau, 10.23. godine

Potpis


Rad je ostvaren u: Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, Medicinski fakultet u Puli

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Željko Jovanović

Rad ima 52 lista, 5 tablica i 14 slika.

ZAHVALA

Mnogo je ljudi kojima se želim zahvaliti pa ću krenuti redom kako je i započelo. Prvo **HVALA** mojoj, sada već bivšoj glavnoj sestri Ispostave Umag **KARMEN HORVATIĆ** koja me godinama „maltretirala” da upišem diplomski studij dokle god ga nisam upisala. Zatim veliko **HVALA** suprugu **BORISU** i kćerkama **KELLY** i **NORAH** koji su mi pomagali na sve moguće načine da ono šta sam započela privedem i kraju. **HVALA** svekrvi **IDI** koja je sva predavanja i ispite kuhala i čuvala Norah od prvog dana. Veliko hvala kolegici **ZVEZDANI TURČIĆ** koja je preuzimala moj posao dok sam bila odsutna i bodrila me za vrijeme obrazovanja. **HVALA** kolegici **JELENI MOMIĆ** koja se potrudila da zajedničkim snagama privedemo obrazovanje kraju u trenutku kada sam htjela odustati i što me svako predavanje, a propustila sam samo jedan dan vozila od relacije Višnjan-Pula i nazad. **HVALA** prijateljici **SNJEŽANI VITULIĆ** koja mi je bila moralna podrška sve ovo vrijeme. **HVALA** **VERONIKI BAF**, psihologinji koja mi je od prvog dana davala velike smjernice na ovome putu. **HVALA** i mojoj sestri **IVANI** i majci **VESNI** na moralnoj podršci. **HVALA** svim **PACIJENTIMA** što su sudjelovali u anketi i omogućili da se ovaj rad ostvari.

Najveće **HVALA** mentoru, izv.prof.dr.sc. **ŽELJKU JOVANOVIĆU** što je pristao voditi me kroz diplomski rad i izuzetno brzo odgovarati na sve upite koje sam slala.

SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1.	Starost i starenje.....	4
1.2.	Vrste starosti.....	5
1.3.	Teorije starenja.....	5
1.4.	Zbrinjavanje osoba starije životne dobi.....	9
1.5.	Hrvatski Crveni križ.....	10
1.6.	Gerontodomaćice.....	14
1.7.	Patronažna zdravstvena zaštita.....	14
1.8.	Izazovi setrinstva u prevenciji bolesti i promociji zdravlja u starijoj životnoj dobi...	16
1.9.	Kvaliteta života starije životne dobi.....	18
2.	CILJEVI I HIPOTEZE.....	23
3.	ISPITANICI I METODE.....	24
4.	REZULTATI.....	26
5.	RASPRAVA.....	42
6.	ZAKLJUČAK.....	45
7.	LITERATURA.....	46
8.	PRIVITCI.....	48

Popis korištenih kratica

BKOSIŽ – Boćarski klub osoba s invaliditetom Istarske Županije

CK – Crveni križ

COVID – 19- Koronavirus

DDI- Društvo distrofičara Istre

DNK – deoksiribonukleinska kiselina

DZS – Državni zavod za statistiku

GDCK – Gradsko Društvo Crvenog križa

HCK – Hrvatski Crveni križ

JLS – Jedinica lokalne samouprave

MROSP – Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike

MZ – Ministarstvo zdravstva

p.n.e. - prije nove ere

RH – Republika Hrvatska

RNK – ribonukleinska kiselina

SAD – Sjedinjene Američke države

SZO - Svjetska zdravstvena organizacija

SAŽETAK

Uvod: Starenje je proces tijekom kojega se događaju brojne promjene. Obzirom da starenje na neki način postaje „trend” u svijetu, ali i kod nas, trebali bi razmišljati o kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi koju želimo pružati starijim osobama kako bi njihov život sve do posljednjih trenutaka života, kao i sama smrt, bio dostojanstven.

Ciljevi istraživanja : Glavni cilj istraživanja bio je ispitati preferirani način skrbi u posljednjim danima života starijih osoba. Dodatni ciljevi koji proizlaze iz toga su ispitati postoje li statistički značajne razlike u preferiranim načinu skrbi u posljednjim danima života (u bolnici ili kod kuće) s obzirom na spol, bračni status, roditeljstvo, strah od smrti, njegovatelja u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja te ispitati stavove starijih osoba o kvaliteti usluga patronažne zdravstvene njege i njege od strane zajednice.

Metode i ispitanici: Za potrebe istraživanja izrađen je anketni upitnik kojeg su ispitanici ispunjavali u vlastitim domovima uz pomoć autorice ovog rada. Svi ispitanici su informirani o anonimnosti i dobrovoljnosti pristupanja, kao i o mogućnosti odustajanja od istraživanja u svakom trenutku. Istraživanje je obuhvatilo 106 ispitanika starije životne dobi, od čega 72 (67,9%) žene i 34 muškarca (32,1%), u dobi od 60 do 98 godina ($M=79,46$, $SD=8,73$). Ispitanici su korisnici patronažne zdravstvene zaštite u Istarskoj županiji na području Buja, Brtonigle, Oprtlja i Grožnjana.

Rezultati: Rezultati ovog istraživanja pokazuju da starije osobe na području Istarske županije preferiraju provesti posljednje dane svog života u vlastitom domu u odnosu na bolnice. Ispitanici koji žele svoje posljednje dane provesti u vlastitom domu smatraju da bi tako bili mirniji i sretniji jer bi čovjek trebao ostati u okruženju u kojem je proveo najveći dio svog života sa svojim bližnjima. S druge strane, rezultati preferencija bolničke njege na kraju života proizlazi iz straha od samoće za vrijeme umiranja ili osjećaja tereta za koji misle da bi time opteretili obitelj, a ne iz stava da je u bolnici bolja usluga nego u njihovim domovima.

Zaključak: Uz sveobuhvatno i neprekidno unaprjeđenje kvalitete života starijih osoba, trebali bi više vremena posvetiti i dostojanstvenom završetku života, odnosno, poraditi na tome da posljednji trenuci života čovjeka, kao i sama smrt, budu baš tamo gdje pojedinac to želi te da se svakom pojedincu pristupa holistički u ostvarivanju njegovih/njezinih potreba.

Ključne riječi : dostojanstvena smrt, patronažna služba, starenje, starost, zdravstvena skrb

SUMMARY

Introduction: Aging is a process during which various changes occur. Given that aging is somehow becoming a "trend" in the world, as well as in our country, we should think about the quality health care we want to provide to older people so that their last moments of life, as well as death itself, can be dignified.

Research goals: The main goal of the research was to examine the preferred way of care in the last days of life of the elderly. Additional objectives resulting from this are to examine whether there are statistically significant differences in the preferred way of care in the last days of life (in hospital or at home) with regard to gender, marital status, parentage, fear of death, caregivers in old age and subjective sense of health, and to examine the attitudes of older people about the quality of outpatient health care services and care by the community.

Methods and respondents: For the purposes of the research, a survey questionnaire was created, which the respondents filled out in their own homes with the help of the author of this paper. Before starting the questionnaire, all respondents were informed about the anonymity and voluntary participation, as well as the possibility of withdrawing from the research at any time. The research included 106 elderly subjects, of which 72 (67,9%) were women and 34 were men (32,1%), aged 60 to 98 ($M=79,46$, $SD=8,73$). The respondents are users of outpatient health care in the County of Istria in the areas of Buje, Brtonigla, Oprtlje and Grožnjan.

Results: The results of this research show that elderly people in the area of Istria County they prefer to spend the last days of their lives in their own homes compared to hospitals. Respondents who want to spend their last days in their own home believe that they would be calmer and happier because a person should remain in the environment where he spent most of his life with his loved ones. On the other hand, the results of preferences for hospital care at the end of life stem from the fear of being alone while dying or the feeling of burden that they think it would put on the family, and not from the attitude that hospitals have better service than in their homes.

Conclusion: With the comprehensive and continuous improvement of the quality of life of the elderly, they should would like to devote more time to a dignified ending of life, that is, to work on that the last moments of a person's life, as well as death itself, be exactly where the individual wants it to be each individual is approached holistically in meeting his/her needs.

Key words: aging, dignified death, health care, old age, patronage service

1. UVOD

Starenje je proces na biološkom, psihološkom i socijalnom planu, tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi (1). Ono ujedno postaje i javnozdravstveni problem. Pojam starenje treba razlikovati od pojma starost. Kako je starenje proces tijekom kojeg se događaju promjene, starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, a definira se prema kronološkoj dobi (npr. nakon 65-e godine života), prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti) (2). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), starijim osobama nazivamo osobe u dobi od 60-75 godina, starim nazivamo osobe od 76-90 godina, te veoma starim osobama nazivamo osobe koje imaju više od 91 godinu života. Državni zavod za statistiku [DZS] i Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ "Dr. Andrija Štampar" su po popisu stanovništva iz 2021. godine objavili podatak kako je udio osoba starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu po dobi i spolu 844.867 (20,78 %) od ukupnog broja stanovnika u RH koji je iznosio 4.065.253, od toga muškaraca 344.294 (17,47 %), te žena 500.573 (23,90 %) (3,4).

Tablica 1. *Dobna struktura stanovništva prema glavnim dobnim skupinama, 2006. i 2016. (5)*

	0-14 years old		15-64 years old		65 years old or over	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016
EU-28 (*)	16.0	15.6	67.1	65.3	16.8	19.2
Belgium (*)	17.1	17.0	65.7	64.7	17.2	18.2
Bulgaria	13.4	14.0	69.2	66.6	17.5	20.4
Czech Republic	14.6	15.4	71.1	66.2	14.2	18.3
Denmark	18.7	16.8	66.1	64.3	15.2	18.8
Germany (*)	14.1	13.2	66.7	65.7	19.3	21.1
Estonia (*)	15.0	16.1	68.1	64.9	16.9	19.0
Ireland (*)	20.5	21.9	68.5	64.9	11.0	13.2
Greece	14.9	14.4	66.6	64.3	18.5	21.3
Spain	14.5	15.1	68.8	66.1	16.6	18.7
France (*)	18.5	18.3	65.1	62.8	16.4	18.6
Croatia (*)	15.8	14.6	66.7	65.2	17.5	19.2
Italy	14.1	13.7	66.0	64.3	19.9	22.0
Cyprus	19.4	16.4	68.5	68.4	12.2	15.1
Latvia	14.5	15.2	68.5	65.1	17.0	19.6
Lithuania	16.6	14.7	67.2	66.3	16.3	19.0
Luxembourg (*)	18.4	16.5	67.5	69.3	14.1	14.2
Hungary (*)	15.4	14.5	68.8	67.2	15.8	18.3
Malta	17.1	14.2	69.1	66.7	13.8	19.0
Netherlands	18.3	16.5	67.5	65.3	14.3	18.2
Austria	15.9	14.3	67.6	67.2	16.4	18.5
Poland (*)	16.2	15.0	70.4	69.1	13.3	16.0
Portugal	15.9	14.1	66.8	65.1	17.4	20.7
Romania	16.9	15.5	68.4	67.0	14.7	17.4
Slovenia (*)	14.1	14.8	70.3	66.7	15.6	18.4
Slovakia	16.7	15.3	71.5	70.2	11.8	14.4
Finland	17.3	16.3	66.8	63.2	16.0	20.5
Sweden	17.3	17.4	65.4	62.8	17.3	19.8
United Kingdom	18.0	17.7	66.1	64.4	15.9	17.9
Iceland	21.8	20.0	66.5	66.1	11.7	13.9
Liechtenstein	17.4	14.9	71.1	68.6	11.6	16.5
Norway	19.5	17.9	65.8	65.6	14.7	16.4
Switzerland (*)	16.0	14.9	68.0	67.2	16.0	18.0
Montenegro	20.4	18.3	66.8	67.6	12.8	14.1
The former Yugoslav Republic of Macedonia (*)	19.5	16.7	69.4	70.3	11.1	13.0
Albania	25.7	17.7	65.7	69.5	8.6	12.9
Serbia (*)	15.7	14.4	67.1	66.6	17.2	19.0
Turkey	27.0	24.0	66.3	67.7	6.7	8.2

(*) Break in time series in various years between 2006 and 2016
 (**) The population of unknown age is redistributed for calculating the age structure.
 Source: Eurostat (online data code: demo_pjanind)

U odnosu na prethodne godine uviđamo kako starenje stanovništva postaje trend, odnosno starije osobe u današnje vrijeme žive dulje. Na tome možemo zahvaliti razvoju medicine i tehnologije, odnosno kvalitetnijoj zdravstvenoj skrbi koja se trenutno pruža starijim

osobama. Međutim, iako se kronološki produžio vijek života u odnosu na prethodna desetljeća, kvaliteta života je nešto drugačija priča, i zato je ona kao takva javnozdravstveni problem današnjice. Jer nažalost, u svijetu današnjice postoje mnoge dobne predrasude isključivo zbog nedovoljnog poznavanja starosti kao takve i iskustvu u odnosima sa starijom populacijom. Nevjerojatno, ali čak i stariji ljudi i sami vjeruju u njih, što otežava prilagodbu na starenje (npr. „Stari ljudi su senilni, stari ljudi teško uče i ne trebaju učiti, stari ljudi su bespomoćni i ne mogu odlučivati o svojem životu,...“) (2, 6).

Starije osobe kao neovisni i integrirani članovi društva imaju ista temeljna prava kao i sve ostale osobe svih dobi, a to su: isti životni uvjeti kao i svi ostali članovi društva, samostalno odlučivanje o vlastitom životu, pravo na budućnost, pravo na zabavu i prijatelje, romantiku i ljubav, pravo na pomoć stručnjaka u svim područjima u životu, pravo na zanimanje i pomoć ostalih članova društva (2).

S obzirom da živimo ubrzanom načinom života i potpuno drugim načinom od prije 50-ak godina, nekako se pojam tradicionalne obitelji koja se brine i skrbi za ostarjelim članovima raspala. Ne nužno zbog konteksta u kojem se članovi obitelji ne žele skrbiti, iako ima i toga, već zbog situacije u kojoj obitelj jednostavno nije u prilici uzeti si vrijeme za skrb ostarjelog člana. Jedan dio takvih, nazovimo obaveza preuzele su institucije, dakle institucionalni smještaj (domovi za starije i nemoćne osobe) koji je često puta jedina alternativa u obliku skrbi za stariju osobu. Međutim, postavlja se pitanje koliko je takva institucija pogodna za stariju osobu i članove obitelji koji takav smještaj plaćaju, da li zbog same kvalitete života, utjecaju na mentalno zdravlje osoba koje su u tuđem prostoru na samom kraju svoga života, odsječene od obitelji, ali isto tako koliko je otežano plaćanje iste te ustanove ako dobro sagledamo plaće koju prosječni građanin RH prima. S druge strane, posljednjih se godina značajno podigla razina u ulozi i potrebi izvaninstitucionalnog oblika skrbi (gerontološki centar, udomiteljstvo, pomoć i njega u kući). To je izrazito pohvalno jer na taj način se starijim osobama omogućava duži ostanak u vlastitom domu kao i zadovoljavanje specifičnih potreba u lokalnoj sredini. Nažalost, Hrvatska nema u potpunosti odgovarajući sustav skrbi za starije osobe. A s obzirom da se Hrvatska svrstava među deset zemalja u svijetu s najstarijim stanovništvom, potrebno je u bliskoj budućnosti hitno reformirati tradicionalne oblike skrbi za starije osobe, proširiti postojeće programe i provesti novu shemu socijalne zaštite u području skrbi za starije osobe. Starenje učiniti aktivnim činom te holistički pristupati u planiranju i pružanju socijalnih usluga (7).

Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike [MROSP] je u obavezi koordinirati izradu godišnjeg izvješća o provedbi mjera definiranih Strategijom i

dostavlja ga Vladi Republike Hrvatske te je Vlada isti usvojila 2017. godine. A sve to u povodu osiguranja kvalitetnije socijalne skrbi za starije osobe iz fondova Europske unije, kako bi se povećala kvaliteta života i omogućio što duži ostanak starijih osoba u vlastitom domu. Analiza stanja socijalne skrbi o starijim osobama u RH koja je prethodila izradi Strategije ukazala je na tri područja koja je potrebno obuhvatiti, a to su zakonodavno područje, područje informiranja i podizanja razine svijesti o pravima starijih osoba i područja širenja i unapređenja usluga u zajednici (8).

Visokokvalitetna skrb na kraju života važna je kako bi se osiguralo da ljudi koji se približavaju kraju života, te njihove obitelji i njegovatelji, imaju pristup odgovarajućem liječenju i podršci. Cilj je kako bi se u posljednjoj godini života smanjio broj poziva prema hitnoj pomoći i hitnih prijema te kako bi se starijim osobama osiguralo da preminu na mjestu po svom izboru. Danas postoje mnoga istraživanja koja nam pokazuju kako je u porastu umiranje kod kuće. Istraživanje provedeno u 2004. godini je pokazalo kako je 35% ljudi umrlo u svom uobičajenom prostoru (kod kuće, dom za starije i umirovljenike ili vjerska ustanova), dok se u 2021. godini taj postotak popeo na 49%. Stoga možemo zaključiti da se postotak umiranja u bolnicama smanjio, tako je u 2011. godini postotak bio 51% dok se u 2021. godini postotak umiranja u bolnici smanjio na 44% (9).

Godina 2020. bila je posebno izazovna i puna promjena koju je uzrokovao Covid-19 virus. Istraživanje provedeno u Engleskoj za 2020. godinu pokazuje kako je u navedenoj godini bilo 167 000 smrtnih slučajeva u privatnim domovima, dok je u razmaku od 2015. godine do 2019. godine smrtnih slučajeva bilo 125 000 ljudi. Većina smrtnih slučajeva vezanih uz Covid-19 bila je u bolnicama, dok su ostale bolesti poput karcinoma bile zapostavljene pa su takvi pacijenti ostajali kod kuće te nažalost zbog ne liječenja preminuli u svome domu. Prema tome istraživanju, smrtnost u bolnici bila je 4% veća od petogodišnjeg prosjeka. Međutim, ako se izuzmu smrtni slučajevi uzrokovani Covid-19, smrtni slučajevi u bolnicama bili bi 16% manji od prosjeka (10).

Istraživanje objavljeno u 2022. godini pokazalo nam je koje su to najčešće dijagnoze gdje su pacijenti hospitalizirani te preminu u bolnici. Osobe koje umiru od psihičkih poremećaja ili zarazne bolesti najčešće preminu u bolnici, vrlo rijetko kod kuće. Starije osobe koje umru od respiratornih ili probavnih bolesti rijetko ostaju kod kuće tijekom posljednjeg mjeseca (1% kod kuće) zbog toga što ih se obično u nekom trenutku odveze u bolnicu. Za osobe koje umiru od kardiovaskularnih bolesti, ostanak kod kuće do smrti gotovo je jednako čest kao i odlazak u bolnicu (22% kod kuće, odnosno 27% u bolnici). Bez obzira na uzrok smrti, učestalost hospitalizacije raste kako se smrt približava. U tjednu koji prethodi smrti, hospitaliziranje i

umiranje starijih osoba od kardiovaskularne bolesti je 15% u odnosu na one koji ostaju kod kuće 12%, neuroloških bolesti je također 15% u bolnici dok je 14% kod kuće, te bolesti dišnog sustava je 18% hospitalizirano i preminulo u bolnici dok je 19% ostalo kod kuće (11).

Istraživanje provedeno kroz 2022. godinu i objavljeno u časopisu „The Guardian” pokazuje kako je u Velikoj Britaniji kroz navedenu godinu umiralo 90 ljudi dnevno više nego što se očekivalo, u svojim domovima. Stručnjaci kažu da postoje ograničeni dokazi koji bi objasnili zašto ljudi više umiru kod kuće čak i nakon što je proglašen kraj pandemije, te smatraju kako je potrebno provesti više istraživanja kako bi razumjeli kvalitetu skrbi kod starijih osoba koje umiru i žele umrijeti kod kuće. Ono što se može pretpostaviti, to je da kod starijih osoba postoje strahovi od zaražavanja raznim virusima u bolnicama. Također starije osobe odlučuju se da žele umrijeti kod kuće jer žele u posljednjim minutama biti sa svojom obitelji u svome prostoru, ali i zbog toga što postoji strah od pomisli kakva će kvaliteta zdravstvene njege biti u bolnici u posljednjim danima ili satima života (12).

Na koji način udovoljiti potrebama starijih osoba kako bi mogli zadovoljiti svoje primarne potrebe i te da doprinose vlastitoj dobrobiti, a s druge strane na koji način „iskoristiti“ starije osobe da doprinose zajednici i društvu? Kako postići balans između starijih osoba, obitelji i države kako bi im se osiguralo kvalitetno starenje?

1.1. Starost i starenje

S obzirom da se još uvijek nije definirala točna granica starosti, iako se ona navodi po kronologiji nakon 65-e godine, trebali bi težiti da se definira po biološkoj, a ne kronološkoj dobi. Jer su biološka i kronološka dob sve manje i manje sukladne. Kod nekih bolesnika je biološka dob niža od kronološke i obratno. Proces starenja zapravo počinje vrlo rano, već nakon 40-e godine (13). O posebnostima organizma starije osobe, kao i o nekim bolestima je još Hipokrat (460-377 p.n.e.) govorio. Opisivao je promjene organizma starije osobe, tegobe sa plućima i dišnih puteva (otežano disanje i kašalj), neurološke tegobe (vrtoglavica, nesаница, slabiji vid, naglušnost), teškoće sa mokraćnim putevima i još mnoge druge promjene.

Termini koji su uvedeni za poznavanje promjena organizma osobe starije životne dobi su **gerontologija** i **gerijatrija**. Gerontologija je znanost koja proučava promjene organizma u normalnom procesu starenja i bavi se tjelesnim, psihičkim i socijalnim posebnostima starijih osoba. Riječ je sačinjena od grčkih riječi: geron = starac, logos = znanost. Gerijatrija predstavlja interdisciplinsku medicinsku znanost koja se bavi proučavanjem bolesnih stanja u osoba starije životne dobi, njihovim sprječavanjem i liječenjem. Dolazi od riječi geron = starac, iatreia = liječenje. Termin gerijatrija je 1909. godine uveo liječnik iz SAD-a Ignaz Natscher (1863.-

1944.). Prvi priručnik kliničke gerijatrije napisali su A. Seidel i J. Schwalbe, a prvi medicinski časopis iz područja gerontologije i gerijatrije objavljen je 1938. godine. Prvi međunarodni kongres iz gerontologije je održan 1950. godine u Liègeu (Belgija) (13).

1.2. Vrste starosti

Razlikujemo tri osnovna vida starenja, a to su biološko, psihološko i socijalno starenje. Biološko starenje se odnosi na „usporavanje i opadanje u funkcijama organizma tijekom vremena, psihološko starenje se odnosi na promjene u psihičkim funkcijama i prilagodbi ličnosti na starenje“, dok se socijalno starenje odnosi na „promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi“ (14). Na fiziološkoj razini ne stare svi organski sustavi istoga trenutka, niti istim slijedom, niti istom razinom. Na psihološkoj razini postoje razlike unutar pojedinca i one među pojedincima, a na socijalnoj razini su vidljive kulturalne i povijesne razlike u odvijanju procesa starenja. Obično se razlikuje primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje, katkada nazvano i *fiziološko starenje* ili *senescencija*, odnosi se na normalne fiziološke procese koji su određeni unutarnjim, biološkim čimbenicima koji su neizbježni i posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena, kao, primjerice, menopauza kod žena, ili usporavanje aktivnosti središnjeg živčanog sustava. Sekundarno starenje se odnosi na patološke promjene i opadanje s godinama, koje je posljedica vanjskih čimbenika, uključujući bolest, okolinske utjecaje i ponašanje, kao, primjerice, utjecaj buke na slabljenje sluha (15).

1.3. Teorije starenja

Postoji nekoliko teorija starenja kojima se pokušavaju protumačiti procesi starenja čovjeka. Te se teorije međusobno isprepliću, ali zapravo niti jedna ne daje posve zadovoljavajuće objašnjenje toj pojavi. Možda bi trebalo dopustiti mogućnost prihvaćanja više teorija istodobno za pokušaj objašnjenja starenja. Te se teorije mogu podijeliti u nekoliko skupina: u skupinu genetskih teorija, skupinu fizioloških teorija i skupinu promjena funkcija organa (13).

1.3.1. Genetske teorije starenja

1.3.1.1. Teorija pogreške

Teorija pogreške „stavlja u prvi plan DNK i RNK kao genetski obavijesni (informacijski) sustav stanica“. Obavijest koja se stvara u tim molekulama i koja se prenosi u enzime i sintezu proteina podložna je pogrešci. Takva pogreška može rezultirati nakupljanjem molekula koje nisu u stanju pravilno djelovati na mijenu tvari u stanicama. Iz te teorije proizlazi da je tjelesni vijek organizma u obrnutom razmjeru sa stopom mijene tvari. To će reći da što je

intezivnija mijena tvari – to je i brža, a to opet otvara velike mogućnosti tzv. biokemijske pogreške i brže starenje. Tzv. „katastrofalna pogreška“, može se dogoditi kada promijenjeni enzimi dovedu do kaskade promijenjenih molekula. Prema toj teoriji pogreške u transkripciji DNK mogu biti uvjetovane djelovanjem npr. ionizirajućeg zračenja na stanicu. To međutim može biti kontrolirano procesima obnavljanja organizma, a proces obnavljanja stanica ovisan je o dužini života svake vrste napose. Genetska se poruka stvara u molekuli DNK. Stvorenih je međutim obavijesti tek manje od 1%. To će reći ako se dogodi pogreška u genskoj sintezi, još je dosta gena preostalo da preuzmu djelo onoga koji je pogreškom promijenjen. Kako vrijeme odmiče, sve je manje gena zbog starenja stanica te se povećava mogućnost da se pogreška u sintezi počne ispoljavati. S obzirom na podatke dobivene na pokusima životinja, ta se teorija danas uglavnom napušta.

1.3.1.2. *Teorija somatske mutacije*

Prema teoriji somatske mutacije u organizmu se događaju mutacije što rezultiraju promjenama koje se nazivaju promjenama starenja. Mutacija dovoljnog broja stanica tijela dovodila bi do starosti. Ne samo da je tu bitna količina stanica koje podliježu procesu mutacije, nego bi taj proces trebao biti istodoban u svim tim stanicama. Ostaje budućnosti da tu teoriju postavi na pravo mjesto.

1.3.1.3. *Teorija programiranog starenja*

Teorija programiranog starenja „stavlja u prvi plan genetski programirano starenje i govori o tome da postoje specifični geni koji dovode do naglih promjena u stanicama, što rezultira starenjem“. Prema toj teoriji, „starenje je programirano kao i svako drugo životno doba čovjeka i sve je zapisano u genima. Govori se da je genetski program podložan drugom stavku termodinamike, prema kojem zatvoreni sustav teži zadržavanju ravnoteže ili maksimalne entropije“. Tako organiziran genetski program će s porastom entropije postati neorganiziran pa je rezultat toga starenje. Propadanje stanica organizma i smrt kao konačni završetak tjelesnog prema toj teoriji konačni je događaj diferencijacije stanica.

1.3.2. Fiziološke teorije starenja

1.3.2.1. *Teorija slobodnih radikala*

Teorijom slobodnih radikala se danas u dosta područja medicine pokušavaju tumačiti promjene, pa i starost. „Slobodni su radikali molekule ili atomi koji sadržavaju jedan neparni elektron. Taj neparni elektron ima tendenciju stvaranja parnog elektrona. Slobodni radikali se stvaraju u tijelu u normalnim uvjetima tijekom metaboličkih reakcija kao što su npr. kemijske reakcije koje uključuju enzimske lance. Iako uključeni u normalne procese mijene tvari,

slobodni radikali ne prodiru u stanice. No, oni slobodni radikali koji ipak prodru u stanice, mogu štetno djelovati na organizam. Oni se stvaraju iz tvari unesenih hranom ili iz atmosfere-stvoreni pomoću ultraljubičastih zraka.“

Neki smatraju da slobodni radikali mogu biti uzročnici mnogih oštećenja organizma čovjeka, od promjena kolagena, elastina, DNK do fibroznih promjena krvnih žila. Neki autori drže slobodne radikale odgovornima za oštećenja organa: srca, krvnih žila, te za degeneracijske promjene mozga. Prema nekim autorima je starenje možda zbroj štetnog učinka reakcija slobodnih radikala na stanice i tkiva, stoga pokušavaju primijeniti antioksidativna sredstva protiv peroksidnih slobodnih radikala, a to su vitamini C i E. Teorija slobodnih radikala u nastanku starenja još je otvoreno područje.

1.3.2.2. *Teorija unakrižne povezanosti*

Teorija unakrižne povezanosti utemeljena je na promjenama molekula, uključujući one koje prenose obavijesti: DNK i RNK. Temelj te teorije leži u činjenici stvaranja kovalentnih veza između dviju ili više makromolekula ili zbog njihova povezivanja s vodikom. Stvaraju se agregati molekula, čiji je rezultat gubitak funkcije molekule. DNK se vremenom oštećuje, što rezultira mutacijama i definitivnim propadanjem stanice. Mnogi procesi unakrižne povezanosti se događaju, to ima i dimenziju obima i kvalitete, no još nije dokazano da je upravo to potrebno da bi nastalo starenje.

1.3.2.3. *Teorija nakupljanja otpadnih tvari*

Teorija nakupljanja otpadnih tvari zasniva se na nalazu pigmenta starenja- lipofuscina. Sa starenjem se lipofuscin nagomilava u raznim tkivima i organima. To je nakupljanje proporcijnsko s dobi. Lipofuscin je žutozeleni pigment, za koji neki smatraju da je nastao degeneracijom mitohondrija ili je produkt lizosoma. Nakuplja se u stanicama u granulama i ometa im funkciju. Nakuplja se i u neuronima, ali im ne ometa funkciju. Granule lipofuscina sadrže nezasićene masne kiseline, različite enzime, katepsin, kromofore.

Čini se da se količina lipofuscina povećava nedostatkom vitamina E u prehrani, no to ne vrijedi obratno. Naime, dodavanjem vitamina E u prehrani ne može se spriječiti nakupljanje lipofuscina, kao što se dodatkom vitamina E ne produžuje život.

1.3.3. Teorija promjena funkcija organa

1.3.3.1. *Imunološka teorija starenja*

Imunološka teorija starenja je utemeljena na činjenicama promjena imunološkog sustava u starosti koji postaje manje učinkovit. Protutijela se smanjeno proizvode i manje su učinkovita, a imunološke su bolesti u starosti češće nazočne. Timus se sa starenjem mijenja, a

neki ga nazivaju središnjim organom u procesu starenja. Glavni kompleks histokompaktibilnosti smatra se bitnim u kontroli imunološkog sustava. Neki ga smatraju glavnim genetskim sustavom u procesu starenja. S njim su povezani geni koji reguliraju npr. superoksid dismutazu, te razinu ciklidnih nukleotida. Ciklidi su nukleotidi povezani s diferencijacijom i proliferacijom stanica. Neki smatraju da se svi ti čimbenici nalaze na 6. kromosomu, gdje je također nađen glavni kompleks histokompaktibilnosti. Smatraju također da je 6. kromosom u središtu promjena tijekom starenja.

Možda je glavni krivac odgovoran za procese starenja atrofija timusa. Pobornici te teorije uloge imunološkog sustava u nastanku starosti također navode da se u starijih bolesnika zapaža mnoštvo imunoloških promjena. Postoje činjenice koje ne idu u prilog dominantnosti navedene teorije starenja. Ne samo što mnogi organizmi koji stare nemaju imunog sustava, nego je imuni sustav reguliran hormonskom aktivnošću, pa se možda radi o dominantnosti endokrinološkog, a ne imunološkog sustava u procesima starosti. Isto tako postavlja se pitanje jesu li promjene imunološkog sustava uzrok ili posljedica starosti. Osim toga, nisu sve promjene u starosti vezane s promjenama imunološkog sustava, kako kvantitativno, tako i kvalitativno. Uz to, također je činjenica da se promjene imunološkog sustava u starosti ne zbivaju na tipičan način, već postoje različite promjene, što također ne govori u prilog dominantnosti te teorije.

1.3.3.2. *Neuroendokrinološka teorija starenja*

Smatra se da i neuroendokrinološki i imunološki sustav imaju bitnu ulogu u mnogim procesima u organizmu te da su ti sustavi osnova regulacije procesa u organizmu čovjeka, dakle i onih procesa koji se događaju s porastom životne dobi. Prema nekim autorima, neuroendokrinološki sustav bi mogao biti dominantan u nastajanju procesa starenja. Neke su promjene uočljive s povisivanjem dobi: smanjena koncentracija estrogena u žena i sklonost osteoporozi, smanjenje broja endokrinih stanica i dr. Gubitak živčanih stanica napose je izraženiji u starosti, dok se težina mozga smanjuje za jednu petnaestinu do jedne desetine sa starenjem. Na pojedinim mjestima gube se neuroni (npr. u kori mozga, hipokampusu, ...). Nije dovoljno poznato odnosi li se to i na hipotalamus, limbički sustav, autonomne centre. Poznate su neke promjene endokrinološkog sustava sa starenjem, primjerice promjene koncentracije hormona na receptorskim mjestima i smetnje regulacije hormona. Neuroendokrinološka teorija uključuje mogući novi hormon hipofize- hormon smanjene potrošnje kisika (*DECO-decreasing oxygen consumption hormon*). Neki ga nazivaju ubilačkim hormonom (*killer*), drugi ga nazivaju hormonom smrti. Taj hormon bi činio periferne stanice manje osjetljivim na utjecaj štitne žlijezde te hormona rasta (imaju ulogu u sintezi proteina i staničnoj diobi) pa bi taj inhibitorni hormon te procese ometao.

Brojne promjene organizma koje se sa starenjem događaju, teško je u cijelosti ili dijelom objasniti neuroendokrinološkom teorijom. Osnovno pitanje je jesu li navedene promjene uzrok ili posljedica starenja? Za sada nije lako prihvatiti pretpostavku da je za starenje odgovorna promjena jednog organa ili organskog sustava i da bi to bio osnovni proces u nastajanju starenja. Uz to, nemaju sva živa bića jednako razvijen endokrinološki sustav, pa ipak stare.

Nijedna teorija kojom se pokušava objasniti teorija starenja nije savršena, možda se neke ili više njih dijelom nadopunjuju više ili manje, no kako ih ima mnogo, osnovni problem: zašto čovjek stari, za sada je otvoren (13).

1.4. Zbrinjavanje osoba starije životne dobi

Razlikujemo institucionalni i izvaninstitucionalni oblik skrbi za osobe starije životne dobi.

1.4.1. Institucionalna skrb

Institucionalna skrb podrazumijeva ustanove za trajni smještaj i zbrinjavanje: domovi za starije i nemoćne osobe, za smještaj odraslih osoba s tjelesnim ili mentalnim oštećenjem te duševnih bolesnika. Ovih ustanova ima različitih prema standardima skrbi koju pružaju (16). Institucijska skrb o starijim osobama odnosi se na uslugu dugotrajnog smještaja koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama, a 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.

Pružatelj usluge smještaja može biti dom socijalne skrbi kojeg sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi i Zakonu o ustanovama može osnovati država, JLP(R)S, vjerska zajednica, trgovačko društvo, udruga te druga domaća i strana pravna ili fizička osoba. Potom, 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. Prethodno navedeni pružatelji usluge smještaja u sustavu socijalne skrbi se vode pod zajedničkim nazivom institucionalni smještaj. U RH je preko 600 domova za starije osobe, od toga 23 u Istarskoj županiji (17).

1.4.2. Izvaninstitucionalna skrb

Uključuje pružanje usluga u kući starije osobe: npr. dostava obroka, nabavka hrane, pomoć u kući, liječenje i njega u kući, radno-terapijske, kulturne i rekreativne, pravne, obrazovne, vjerske i socijalne usluge te mnoge druge (16).

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), udruge, vjerska zajednica, trgovačko društvo i druga domaća i strana pravna osoba te obrtnik, koji pored obavljanja svoje djelatnosti za koju je upisan u sudski registar ili kod drugog nadležnog tijela u skladu s posebnim zakonima pruža socijalne usluge te fizičke osobe koje samostalno pružaju uslugu pomoć u kući kao profesionalnu djelatnost (18).

Teško je odrediti da li je bolja institucionalna ili izvaninstitucionalna skrb, ona naravno ovisi o potrebi pojedinca i njegovom osobnom stavu. Ono oko čega će se svi složiti je to da se maksimalno očuva zdravlje pojedinca, da dobro funkcioniraju tjelesno i kognitivno te da imaju socijalno aktivni život sve do kraja života. Međutim, postoje i stariji pojedinci koji su narušenog zdravlja, ali koji isto tako mogu imati svrhovit i zadovoljavajući život u podupirućoj okolini koji je prilagođen njihovim mogućnostima i potrebama te je tada njihova kvaliteta života očuvana. I to je nešto čemu bi mi trebali težiti (3, 18).

1.5. Hrvatski Crveni Križ

1.5.1 Povijest Crvenog križa u Hrvatskoj

Godine 1878. u Zadru, Dubrovniku i Zagrebu osnovane su prve dobrovoljne udruge u Hrvatskoj koje su svoje djelovanje provodile u skladu s međunarodno prihvaćenim odlukama iz 1863. godine. Zadarska "Ustanova domoljubne zadruge dalmatinske od Gospodja na potporu ranjenim i bolesnim vojnicima" 22. listopada 1878. godine prva dobiva suglasnost tadašnjih vlasti za svoje humanitarno djelovanje. Od 1878. do 1918. godine Crveni križ [CK] u Hrvatskoj djeluje u sklopu Crvenog križa Austrougarske monarhije, a od 1918. do 1941. godine Crveni križ u Hrvatskoj djeluje u sklopu Crvenog križa Kraljevine Srba, Hrvata i Slovenaca te kasnije Kraljevine Jugoslavije. Hrvatski Crveni križ od 1941. do 1945. godine djeluje kao samostalno društvo u ratnim uvjetima, ali bez međunarodnog priznanja tog statusa. Vremensko razdoblje od 1945. do 1991. godine obilježeno je djelovanjem Crvenoga križa u Hrvatskoj kao republičkog društva Crvenog križa unutar Crvenog križa Jugoslavije. Prijelomni trenutak događa se 10. listopada 1991. godine kada je donesena odluka o istupanju Crvenog križa Hrvatske iz sastava Crvenog križa Jugoslavije te od tada pod nazivom Hrvatski Crveni križ

djeluje kao samostalno nacionalno društvo Crvenog križa Republike Hrvatske sa Središnjim uredom u Zagrebu i s društvima Crvenog križa u općinama, gradovima i županijama.

Dva mjeseca kasnije, točnije 19. prosinca 1991. godine, Sabor Republike Hrvatske usvojio je Zakon o Hrvatskom Crvenom križu kojim potvrđuje Hrvatski Crveni križ kao Nacionalno društvo Crvenog križa Republike Hrvatske, a Zastupnički dom Sabora Republike Hrvatske 13. kolovoza 1993. godine usvojio je Zakon o zaštiti znaka i naziva Crvenog križa. Godine 2001. donesen je novi Zakon o Hrvatskom Crvenom križu. 2010. godine Hrvatski sabor usvojio je novi Zakon o Hrvatskom Crvenom križu koji je objedinio i Zakon o zaštiti znaka i naziva Crvenog križa te je i danas važeći.

Na temelju Zakona o Hrvatskom Crvenom križu iz 1991. godine, 29. travnja 1992. godine donesen je Statut Hrvatskog Crvenog križa koji je bio na snazi sve do donošenja novog 2011. godine. Trenutno je važeći Statut Hrvatskog Crvenog križa koji je donesen 2016. godine (19).

1.5.2. Zadaci crvenog križa

- Hrvatski Crveni križ sudjeluje u provedbi nacionalnog programa prve pomoći za građane, obavlja osposobljavanje i obnovu znanja volontera Hrvatskog Crvenog križa i građana za pružanje prve pomoći kod ozljeda i nesreća koje se mogu dogoditi u svakodnevnom životu.
- Hrvatski Crveni križ – utemeljitelj dobrovoljnog davanja krvi u Republici Hrvatskoj, promiče dobrovoljno davanje krvi, organizira i provodi akcije davanja krvi.
- Provodi službu traženja (izvješćivanje o žrtvama oružanih sukoba, provođenje postupka traženja nestalih osoba, uspostavljanje kontakta među razdvojenim obiteljima, obnavljanje obiteljskih veza i različitih kategorija migranata, npr. tražitelji azila, žrtve trgovanja ljudima. Obnavljanje obiteljskih veza osoba razdvojenih zbog prirodnih katastrofa kao i kod drugih situacija koje zahtijevaju humanitarno djelovanje
- Provode program rada sa mladima s ciljem razvijanja osjećaja, humanosti, tolerancije, suosjećanja i razumijevanja mladih osoba kako bi što kvalitetnije provodili slobodno vrijeme i pri tome stekli neka nova znanja i vještine te se međusobno povezali
- Obavljaju usluge volontiranja, okupljaju volontere- volonteri obavljaju aktivnost bez postojanja uvjeta isplate novčane nagrade ili potraživanja druge imovinske koristi za obavljeno volontiranje (Zakon o volonterstvu NN 58/07 i 22/13)
- Prema Zakonu o Hrvatskom Crvenom križu (NN 71/10) jedan od ciljeva u radu je doprinos unapređenju i zaštiti zdravlja, prevenciji bolesti i podizanju zdravstvene i

ekološke kulture građana- prenose znanje o bitnosti zdravlja i utječu na promjenu štetnih ponašanja i loših navika

- Organiziraju humanitarne programe koji su usmjereni na prikupljanje i podjelu materijalnih i financijskih dobara za socijalno osjetljive skupine
- Ublažuju ljudske patnje u kriznim situacijama
- Provode programe pomoći i zaštite tražitelja međunarodne zaštite i osoba pod međunarodnom i privremenom zaštitom i drugim migrantima u potrebi uz podršku i suradnju Ministarstva unutarnjih poslova (MUP) i Visokog povjerenika Ujedinjenih naroda za izbjeglice (UNHCR)
- Provode raznorazne projekte (19).

1.5.3. Crveni križ Buje

Gradsko Društvo Crvenog križa Buje [GDCK Buje] je organizacija za promicanje humanitarnih ciljeva i provođenje akcija od opće koristi, koja djeluje na osnovi misije i načela međunarodnog pokreta Crvenog križa i Crvenog polumjeseca i uživa posebnu zaštitu i skrb Republike Hrvatske (20).

GDCK Buje jedan je od ustrojstvenih oblika Hrvatskog Crvenog križa [HCK] te isto tako sastavni je dio društva Crvenog križa Istarske županije kao njegov suosnivač. GDCK Buje djeluje u Istarskoj županiji na području gradova Umaga, Buja i Novigrada te općina Brtonigle, Grožnjana i Oprtlja. Provodi djelatnosti koje proizlaze iz Ženevskih konvencija i Dopunskih protokola, Statuta međunarodnog pokreta Crvenog križa i Crvenog polumjeseca i zaključaka međunarodnih konferencija Crvenog križa i Crvenog polumjeseca prenijetih na nacionalna društva Crvenog križa. Javne ovlasti proizlaze iz poslova ustanovljenih Zakonom o Hrvatskom Crvenom križu, Statutom Hrvatskog Crvenog križa te Statutom GDCK Buje i nekim drugim propisima iz čega proizlazi sveobuhvatni zakonski okvir djelovanja. a to su: humanitarno-socijalni programi, služba traženja, prva pomoć, dobrovoljno darivanje krvi, priprema i djelovanju u izvanrednim situacijama, zdravstvena prevencija, rad s volonterima te posebno mladima.

GDCK Buje je organizacija od iznimnog značaja za sredinu u kojoj djeluje. Dugogodišnje je tradicije koju kroz godine stiče predanim radom svojih volontera i profesionalnih djelatnika te je kao takav prepoznat kao pouzdan partner u zajednici u ostvarivanju brojnih programa, projekata i inicijativa. Sve je to s ciljem unapređenja društva i zajednice u cjelini vodeći se ostvarivanjem osnovne misije Crvenog križa.

Zadaci GDCK Buje vezani su uz rad s ljudima i informacijama, ali i materijalnom pomoći koji se detaljno mogu iščitati iz aktivnosti izvješća o radu. Aktivnosti se u pravilu provode kontinuirano, no zbog učestalosti pojavljivanja nepredviđenih situacija i specifičnosti programa koje se provode često se poseže za promptnim odgovorom prema potrebi zajednice što vrlo često iziskuje promjenu planiranih aktivnosti. GDCK Buje djeluje iznimno dugo na području djelovanja prema najstarijem dokumentu kojeg GDCK Buje ima u posjedu može se reći kako djeluje još od 1952 godine. Financiranje dolazi iz Jedinice lokalne samouprave temeljem Zakona o Hrvatskom Crvenom križu.

GDCK Buje na dan 31.12.2022. godine imalo je zaposleno 7 djelatnika. Volonteri GDCK Buje su osobe koje dobrovoljno ulažu svoje vrijeme, trud, znanje i vještine u aktivnosti Crvenog križa za opću dobrobit ili dobrobit druge osobe, bez postojanja uvjeta isplate novčane naknade ili potraživanja druge imovinske koristi za obavljeno volontiranje (Statut Hrvatskog Crvenog križa (NN 56/2016). Volonter je fizička osoba koja volontira u Republici Hrvatskoj ili u inozemstvu, sukladno važeći nacionalnim i međunarodnim propisima. Volonteri mogu biti i osobe mlađe od 18 godina uz potpisanu privolu od strane roditelja ili skrbnika. Također, maloljetna osoba mlađa od 15 godina života može biti uključena u volonterske aktivnosti uz uvjete propisane Zakonom o volonterstvu NN 58/07 i 22/13. GDCK Buje imalo je 103 volontera u 2022. godini te je odrađeno ukupno 2950 volonterskih sati.

Projekt pomoći u kući se provodi na području Bujštine (bivša Općina Buje) odnosno Jedinica lokalne samouprave [JLS] kako slijedi: Buje-Buie, Novigrad-Cittanova, Brtonigla-Verteneglio, Oprtalj-Portole, Grožnjan-Grisignana. Navedeno područje u sastavu je Istarske županije te obuhvaća sjeverozapadni dio županije. Ukupna površina područja iznosi 290km² na kojem prema popisu stanovništva iz 2021. godine živi ukupno 11.257 stanovnika ili oko 6% od ukupnog broja stanovnika na području Istarske županije. Novim popisom stanovništva ustanovljeno je kako je postotak broja onih koji pripadaju populaciji osoba starije životne dobi sve veći te je sukladno tome potreba za pružanjem ovakvih usluga u okviru programa sve veća.

Na području Grad Buje-Buie, Općina Grožnjan-Grisignana, Oprtalj-Portole u studenom 2019. godine provedeno je mapiranje potreba osoba starije životne dobi koje je obuhvatilo 91 osobu stariju od 65 godina (na tom području obuhvaćeno je najugroženije stanovništvo). Mapiranje se nastavilo provoditi početkom 2021. godine na području preostalih JLS-a.

Uloga svih JLS partnera je osigurati informiranje na razini JLS o dostupnim uslugama, te dijeliti informacije o potrebama na terenu. Dionici i suradnici s kojima GDCK Buje već surađuje su *patronaža, domovi zdravlja, djelatnici CZSS-a*, a u vrijeme provedbe aktivnosti s njima će se osigurati dodatna koordinacija i razmjena informacija kako bi se uskladile potpune

informacije o potrebama korisnika na terenu. Također, pri uključivanju u projekt će se kontaktirati liječnik opće prakse (nadležan za korisnika). Oni mogu ponuditi dodatne informacije o potrebitim korisnicima.

Projekt prema planu potpisan je krajem ožujka 2021. godine a njegov nastavak usuglašen je na završnoj konferenciji koja je održana u ožujku 2022. godine u Grožnjanu. Nakon završne konferencije i pozitivne ocjene svih sudionika programa potpisani su novi Ugovori o provedbi za razdoblje 2022/2023 godine.

GDCK Buje trenutno je u postupku licenciranja za pružatelja socijalnih usluga na temelju čega će se izraditi Pravilnik za ostvarivanje prava na pružanje socijalne usluge pomoć u kući (20).

1.6. Gerontodomačice

Gerontodomačice su osobe profesionalno posvećene skrbi za starije osobe u kući/stanu korisnika. Podrazumijevaju slijedeće usluge: obavljanje kućnih poslova (nabava namirnica, održavaju higijenu stana, pripremaju obroke, donose tople obroke, organiziraju pranje i glačanje rublja, plaćaju račune, donose drva za peć), održavaju osobnu higijenu korisnika (kupanje), vode i prate korisnike liječniku, frizeru, do banke, groblja i sl. Zadovoljavaju potrebu korisnika za komunikacijom i socijalizacijom, jer nažalost, ponekad su jedine sa kojima usamljeni stariji korisnici razgovaraju i koje su ih spremne poslušati (21). Postupak sklapanja ugovora o pružanju usluge može se pokrenuti na zahtjev korisnika i socijalne službe pri čemu se u obzir uzima niz životnih okolnosti: zdravstveno stanje, stambeni uvjeti, ukupni novčani prihodi i troškovi, obiteljska situacija i sl.

Gerontodomačice prolaze osposobljavanje za poslove gerontodomačice u trajanju od 160 sati. Cilj uvođenja gerontodomačica je unaprjeđenje života osoba kojima su dodijeljeni. Pokazao se to najboljim načinom organiziranja života starijih i nemoćnih, osobito što se tiče samostalnosti i preuzimanja kontrole nad svojim životom. Gerontodomačice bi korisnicima trebale omogućiti dostojanstven život i samostalno odlučivanje (22).

1.7. Patronažna zdravstvena zaštita

Patronažna zdravstvena zaštita je višerazinska preventivna i medicinsko-socijalna aktivnost integrirana u primarnu zdravstvenu zaštitu u cilju promicanja i očuvanja zdravlja obitelji, pojedinca i zajednice. Sastavni je dio skrbi u zajednici čije su aktivnosti usmjerene na skrb u vlastitom domu ili drugim mjestima gdje ljudi žive, borave ili se igraju (23).

Izvanbolničku njegu provode medicinske sestre izvanbolničke medicine sukladno Planu i programu mjera izvanbolničke zdravstvene djelatnosti (Narodne novine, br. 126/06.), stoga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje snosi sve troškove pružene izvanbolničke zdravstvene zaštite. Izvanbolnička skrb dostupna je svim stanovnicima Republike Hrvatske, bilo da se radi o bolesnim ili zdravim članovima zajednice, te slijedi holistički pristup koji uvažava kulturne i okolišne čimbenike. Svaka patronažna sestra u prosjeku skrbi za oko 5100 štićenika unutar točno određenog geografskog područja (23, 24).

Program kućnih posjeta temelji se na pozivima osoba ili članova obitelji kojima je potrebna izvanbolnička njega, susjeda, prijatelja, stručnih kolega, prijavama rođilišta, bolnica, centara za socijalni rad te mjerama izvanbolničke zdravstvene zaštite temeljem programa. Osim kućnih posjeta obiteljima, patronažne sestre provode i zdravstveno odgojne aktivnosti kroz grupni rad s različitim skupinama ljudi u zajednici. U izvanbolničkoj skrbi ostvaruje se uska interdisciplinarna suradnja s timovima primarne zdravstvene zaštite (liječnici opće/obiteljske medicine, pedijatri, ginekolozi, stomatologija) te s timovima sekundarne i tercijalne zdravstvene zaštite. Multidisciplinarna suradnja s postojećim službama i institucijama u zajednici kao što su centri za socijalni rad, udruge građana, obrazovne, vjerske i humanitarne ustanove, domovi za starije osobe, mediji i dr. (23).

Patronažna djelatnost u Hrvatskoj daleko je odmakla i obilježena u aktivnostima čiji su nositelji medicinske sestre s višom stručnom spremom (24).

1.7.2. Patronažna služba iz osobne perspektive

Zanemariti ću nekoliko negativnih strana svog posla i osvrnuti ću se samo na one pozitivne. Patronažna sam sestra već 8 godina na području Općina Buje, Brtonigla, Oprtalj i Grožnjan, sa tim da Općine Oprtalj i Grožnjan dijelim sa kolegicom s obzirom da nam se u toj terenskoj situaciji tereni preklapaju. Teren se prostire na otprilike 250 km², nešto više. Ukupno je 7.368 ljudi, od toga starijih od 65 godina oko 2400 ljudi (16). Populacija koju obilazim je doslovno rečeno od 0-100 godina. S obzirom na sredinu u kojoj radim više se nekako bavim populacijom iznad 65 godina nego novorođenom djecom, jer je natalitet globalno na tom području u padu, ali je zato demografsko starenje u porastu što predstavlja svojevrsni izazov.

Ono što smatram bitnim u svojem poslu je taj osvrt prema životnim potrebama starijih osoba sa kojima svakodnevno surađujem. Zato me to i ponukalo da napišem rad o njihovim potrebama koje sam ja kao patronažna sestra koja ih obilazi uvidjela. Ponekad imam osjećaj da sam dio njih, kao i njihovih obitelji s obzirom na način na koji nam je izražena komunikacija. Poznajem njihove strahove, tegobe, želje, ali isto tako sudjelujem u njihovoj sreći, bilo da im

je rođendan ili su postali bake/djedovi. Nekako sam sa godinama uvidjela, osobito za pojedince kojima odlazim od svog prvog radnog dana da im sve teže pada pomisao da će možda biti primorani jednog dana napustiti svoj dom te da će posljednje dane svoga života morati provesti u nekoj ustanovi. Nažalost, neki nemaju djecu ili imaju, pa su im daleko, ili su zatrpani poslom, a poneki nemaju ni bračnog supružnika. Još uvijek je to područje gdje se oni oslanjaju na susjeda, a posljednje vrijeme i na gerontodomačice koji im uvelike pomažu prebroditi teškoće, bilo da su one socijalne ili fizičke naravi. I tu je uveliko pomoglo angažiranje CK Buje koje na sve moguće i nemoguće načine pokušava iz ničega stvoriti nešto za dobrobit zajednice, naravno uz pomoć Općina, lokalnih samouprava, ali i pomoći primarne zdravstvene zaštite kao i CZZS-a. Ponosna sam na svaku preventivnu akciju koju smo odradili kao i na one buduće koje budu došle. Drago mi je da sam dio tima kojemu je glavni cilj promocija zdravlja i prevencija bolesti. Smatram da je u Bujama i okolici jedna divna timska suradnja i komunikacija zbog čega naši ljudi kvalitetnije i sretnije žive te se u svakom trenu mogu bilo kome obratiti za pitanje, savjet ili jednostavno za razgovor.

„ Izaberi posao koji voliš i nećeš morati raditi ni jedan dan u svojem životu „ - Konfucije

1.8. Izazovi setrinstva u prevenciji bolesti i promociji zdravlja u starijoj životnoj dobi

Medicinske sestre i tehničari su dio multidisciplinarnog tima koji se brine za osobe starije životne dobi, nebitno radi li se o institucionalnim ili izvaninstitucionalnim ustanovama. Uvijek su prisutni i u najljepšim i u najtužnijim trenucima života, zato im je svrha da svojim djelovanjem čuvaju zdravlje pojedinca. Kao najveća skupina zdravstvenih profesionalaca koja skrbi o zdravstvenim potrebama pojedinaca i zajednica, medicinske sestre/tehničari imaju snažne priče koje mogu utjecati na pozitivne promjene. Potpomognuto, ohrabreno i osnaženo sestrinstvo je učinkovito rješenje problema poboljšanja zdravstvenih ishoda. Sestrinstvo u svojoj srži može omogućiti zdravstvenim sustavima cijelog svijeta osiguravanje visokokvalitetne, dohvatljive, dostupne i pristupačne zdravstvene skrbi (15).

U vremenu nesigurnosti i brojnih izazova u zdravstvenom sustavu danas, medicinske sestre se svakodnevno susreću sa mnogobrojnim izazovima kao što su nedovoljan broj osoblja, previše radnih zadataka, nedostatak samostalnosti, nepriznavanjem i neprepoznavanjem u zdravstvenom sustavu visoko obrazovanih medicinskih sestara (25).

Kako posljednjih stotinjak godina opažamo eksponencijalan porast udjela osoba starije životne dobi, to nas je dovelo do različitih novih izazova u različitim područjima – zaštite

zdravlja i socijalne skrbi, ekonomskih i političkih implikacija društvenih promjena (npr. održivost mirovinskih sustava).

Javnozdravstvena gerontologija [JZG] se bavi karakteristikama i potrebama populacije starije životne dobi koje su vezane uz zdravlje te joj je cilj razvijati model aktivnog zdravog starenja na razini populacije. JZG se temelji na promicanju zdravlja, odnosno povećanju zdravlja kao resursa u populaciji osoba starije životne dobi (21).

U današnje je vrijeme izazov biti dio tima koji ima za cilj sudjelovati u prevenciji bolesti i promociji zdravlja starijih osoba kako bi im se osigurala kvaliteta života, kako njima tako i njihovim obiteljima, koja uključuje sudjelovanje u koordinaciji, planiranju, razvoju, implementaciji i evaluaciji zdravstvenih programa u zajednici. Kreiranje i provođenje zdravstvene zaštite usmjerene na starije osobe donijeti će dobrobiti za starije osobe. Time se u zajednici stvara profesionalan i kompetentan pristup na područjima rada koja mogu značajno pridonijeti društvu i zdravstvenom sustavu (21, 22).

Sustav je prepoznao potrebe starijih osoba, te će slijedeće akademske godine u Rijeci po prvi puta krenuti studijski program sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo - Javno zdravstvo i sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo – Gerontologija i palijativna skrb što je izuzetno hvalevrijedan pomak za blisku budućnost naših starijih kojima ćemo omogućiti bezbrižnu starost.

1.8.2. Europski gospodarski i socijalni odbor

Europski gospodarski i socijalni odbor [EGSO] je 2021. godine donio zaključke i preporuke o modelima skrbi za starije osobe:

- posebnu pozornost treba posvetiti skrbi za starije osobe kojima je potrebna dugotrajna skrb (prema podacima iz razdoblja prije pandemije, do 2050. više od četvrtine stanovništva biti će starije od 65 godina, a broj osoba starijih od 80 godina će se udvostručiti)
- predlaže osnivanje europskog opservatorija za skrb o starijim osobama
- smatra da je, u okviru stvaranju temelja za dugovječno i zdravo društvo i međugeneracijski pakt solidarnosti u EU-u, ključno uspostaviti strateški okvir sa srednjoročnom vizijom i sveobuhvatnim pristupom kako bi se odgovorilo na izazove koje donosi skrb za starije osobe u EU-u
- pozdravlja inicijativu Komisije za uspostavu nove europske strategije za skrb

- predlažu da se u tekućem mandatu u okviru EGSO-a osnuje ad hoc skupina za provedbu raznih inicijativa koje se odnose na skrb o starijim osobama, starenje stanovništva i izazove u pogledu dugovječnost
- poziva Europsku komisiju i države članice da u okviru Akcijskog plana za provedbu europskog stupa socijalnih prava što prije razviju načela koja se odnose na skrb o starijim osobama
- predlaže Komisiji da u svrhu utvrđivanja i promicanja nacionalnih politika i pravila izradi prijedloge o predviđanju, prevenciji i gubitku samostalnosti starijih osoba
- tijekom pandemije primjetan je bio pristran, devalorizirajući, pa čak i diskriminirajući stav prema starijim osobama. Problem nije u skrbi za starije osobe, već u njezinu nepostojanju
- poziva Europsku komisiju da uvede obilježavanje Europske godine starijih osoba kako bi se uvažila njihova temeljna prava i njihov doprinos društvu, kako je utvrđeno člankom 25. Povelje EU-a o temeljnim pravima (26).

Uz znanje, empatiju, ljubaznost i komunikaciju pretvarajmo starost u budućnost. Uloga i značenje obiteljskih veza u procesu starenja u vlastitom domu, u toplom okruženju, uz apsolutnu kvalitetnu medicinsku skrb prosto je neprocjenjiva (26, 27).

1.9. Kvaliteta života starije životne dobi

Koncept uspješnog starenja često se kritizira kao neprikladan jer sugerira da u procesu starenja postoje "pobjednici" i "gubitnici". Upravo zbog toga, često se koriste pojmovi poput zdravog, aktivnog ili produktivnog starenja (28). Godine 1982. Robert Butler prvi je u praksu uveo koncept produktivnog starenja. Uspješno starenje definira se kao izbjegavanje bolesti i invaliditeta, održavanje visoke razine tjelesne i mentalne funkcije te trajno uključivanje u društvene i proizvodne aktivnosti. Kod analize uspješnog starenja najčešće se promatraju aktivni ali i pasivni oblici slobodnog vremena: plaćeni posao, obiteljske aktivnosti, briga za druge i načini provođenja slobodnog vremena. Uspjeh, starenje produktivnosti, odnosi se ne samo na materijalnu već i na nematerijalnu dobit. Aktivnosti poput brige o unucima, brige o partneru, volontiranja, vrtlarstva, slikanja i kuhanja dio su nematerijalnih dobrobiti uspješnog starenja. Istraživanje u zemljama EU pokazalo je da su starije osobe vrlo sposobne brinuti se o drugima. Prema istraživanju, svaka peta starija osoba u dobi od 65 do 69 godina brine o djeci

ili drugim osobama, a brine 1 od 10 muškaraca i 10 starijih osoba. za djecu ili druge osobe. Žene u dobi od 80 do 85 još uvijek brinu o sebi ili drugima (29).

1.9.2. Promatranje uspješnog starenja kroz biomedicinske i psihosocijalne pristupe

U biomedicinskom pristupu pozornost je usmjerena na odsutnost ili malu vjerojatnost bolesti, održavanje visoke razine tjelesne i mentalne funkcije te aktivno sudjelovanje u životu. S obzirom na to da biomedicinski modeli ne pokazuju adekvatno percepciju starijih ljudi o uspješnom starenju jer mali broj starijih ljudi može zadovoljiti kriterije vezane uz bolest, ovo treba nadopuniti psihosocijalnim i laičkim pristupom. Prema psihosocijalnom pristupu, za uspješno starenje, zadovoljstvo životom, socijalno funkcioniranje i psihološke resurse (npr. samopoštovanje, samoefikasnost i autonomije) (30). Osim općeg zdravlja i zadovoljstva životom, ističe važnost financijske sigurnosti, učenja novih stvari, produktivnosti, duhovnosti, smisla za humor te osjećaja za svrhu i smisao života. Cho, Martin i Poon (2012) osmislili su alternativni model koji uključuje subjektivne ocjene zdravlja, percipiranog financijskog statusa i blagostanja. Koristeći ovo stajalište kao kriterij uspješnog starenja, može se reći da se broj ljudi koji uspješno stare značajno povećava (28). Tradicionalni pogled na starenje uglavnom naglašava negativne učinke starosti. Većinu vremena govorimo o stereotipima koji su često netočni. Stariji ljudi nisu nužno bolesniji, kognitivnije oštećeni ili usamljeniji i depresivniji od mlađih ljudi. Iz tog je razloga preusmjeravanje fokusa s negativnih na pozitivne aspekte starenja ključno kako bi se životi starijih ljudi učinili što produktivnijim (31).

Mnoge starije osobe suočavaju se s kroničnim zdravstvenim problemima, što povećava vjerojatnost da će se sudjelovanje u slobodnim aktivnostima smanjiti ili potpuno prestati. Stoga se osobe boljeg tjelesnog i mentalnog zdravlja češće bave određenim aktivnostima u slobodno vrijeme koje uključuju; tjelesnu aktivnost, korištenje interneta, plesne ili glumačke aktivnosti, uključenje u udrugu umirovljenika ili što već dopušta mjesto stanovanja (32).

1.9.3. Tjelesna aktivnost

Tjelesna aktivnost također je vrlo važan čimbenik u održavanju funkcionalne sposobnosti i zdravlja starijih osoba. Jedan od preduvjeta uspješnog starenja je očuvanje funkcije svih organskih sustava, a posebno motoričkog sustava. Tjelesna aktivnost omogućuje osobi da održi visoku razinu snage, fleksibilnosti, izdržljivosti i ravnoteže (33). Osim toga, bavljenje tjelesnom aktivnošću može dovesti do dobre pokretljivosti, olakšati zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, sudjelovanje u potrebama socijalne interakcije te povećati samopouzdanje i zadovoljstvo sobom. Pojam tjelesna aktivnost odnosi se na svaku tjelesnu

aktivnost koja troši energiju iznad odmora. Njegova provedba može se odvijati u različitim oblicima i intenzitetima. Može se raditi samostalno ili u malim grupama (33). Vježbanje se preporučuje 15-30 minuta dnevno ili 2-3 puta tjedno ako to nije moguće (34). Ljudi koji se bave tjelesnom aktivnošću kraćom od pet minuta imaju veću vjerojatnost da će umrijeti prerano. Prije započinjanja tjelesne aktivnosti potrebno je razmotriti dob i spol osobe, zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost, tjelesnu osposobljenost za tjelesnu aktivnost te aktivnosti u mladosti. Najbolje je baviti se aktivnostima koje promiču poboljšanu funkciju srca, krvotoka i disanja (34). Za starije odrasle osobe tjelesna aktivnost ima mnoge prednosti, uključujući sprječavanje padova, poboljšanje tjelesne funkcije u svakodnevnim aktivnostima i smanjenje tjeskobe i depresije. Trajna tjelesna aktivnost jedan je od najboljih načina za održavanje funkcionalne sposobnosti te sprječavanje i ublažavanje promjena i bolesti tijekom starenja. Pretpostavlja se da redovito prakticiranje aktivnog i zdravog starenja poboljšava kvalitetu života starijih osoba (33,34).

1.9.4. Uporaba interneta

Starije osobe više nisu pasivni promatrači zuba vremena, već regulatori slobodnog vremena koje uključuje hobije, obrazovne i tjelesne aktivnosti, sudjelovanje u političkom životu i druženje s vršnjacima, ali i pretraživanje interneta i rad na računalu. Starije odrasle osobe često izbjegavaju korištenje računala u svakodnevnom životu zbog nepoznavanja računalnih operacija (35). Kapacitet radne memorije, brzina obrade podataka i sposobnost prisjećanja informacija opadaju s godinama. Osim toga, motoričke, vizualne i slušne sposobnosti su ograničene zbog starenja (35). Starijim odraslim osobama potrebna je pomoć u stjecanju računalnih vještina, a kada to učine, potrebno im je više vremena za obavljanje zadataka na računalu. Zbog toga mnoge starije osobe još uvijek izbjegavaju tehnologiju kako ne bi zamorile ljude oko sebe (35). Sve više obrazovanih starijih osoba koristi informacijsku i komunikacijsku tehnologiju te postoji vjerojatnost da će do 2025. godine u Europskoj uniji preko 25% stanovništva koristiti internet stariji od 65 godina.

Za starije odrasle osobe interakcija s tehnologijom nije samo nužna, već može pružiti i mnoge potencijalne koristi za poboljšano zdravlje, sigurnost i kvalitetu života. Starije odrasle osobe koje redovito koriste internet aktiviraju regije mozga važne za donošenje odluka i složeno razmišljanje, što rezultira poboljšanom funkcijom mozga. Također, korištenje interneta kod starijih osoba poboljšava pamćenje i smanjuje rizik od demencije (36). Osim pozitivnog utjecaja na zdravlje starijih osoba, suvremena tehnologija im omogućuje stalni kontakt s

prijateljima i obitelji, usavršavanje određenih vještina, dobivanje informacija o stanju u svijetu i zabavu (36).

1.9.5. Plesne ili glumačke aktivnosti

Ples i plesna aktivnost kod starijih osoba važan je aspekt održavanja mišićne mase i izdržljivosti, povećava vjerojatnost hipertenzije, dijabetesa, osteoporoze i cerebrovaskularnih oštećenja, ali i minimizira demenciju i depresiju. Vidljivo je da osim pozitivnih učinaka plesa na fizičko zdravlje, on pomaže i u očuvanju subjektivnog mentalnog zdravlja. Stariji odrasli osjećaju nižu razinu stresa i bolji san nakon plesa. Plesne aktivnosti uglavnom se provode u grupama, kako bi se starije osobe ujedno osjećale korisnima, potrebnima i prihvaćenima te smanjile osjećaj usamljenosti, nemoći i bespomoćnosti.

Stariji ljudi rijetko se pojavljuju u TV reklamama. Čak i kad se u njima pojavljuju, rijetko postaju protagonisti radnje. Najčešće se prikazuju kao bespomoćni, slabi, usamljeni i iritantni. Pozitivne osobine starijih ljudi ponekad se mogu nazrijeti, ali najčešće kroz ljubazne radove koji nude korisne savjete. Glavni razlog za podzastupljenost ili negativan prikaz starijih osoba u televizijskom oglašavanju je niža kupovna moć stanovništva ove dobne skupine (37). Glavni cilj plesa je održavanje forme. Danas je terapija plesom stvarnost, takozvana "terapija plesom", kako je definirala Marianne Chase 1960-ih. Osnivači vjeruju da grupni ples može poboljšati emocionalnu i društvenu povezanost, smanjiti mišićnu napetost i anksioznost, dok pozitivno utječe na mentalni status, poboljšava kreativnost i kognitivnu izvedbu (37).

1.9.6. Udruga umirovljenika

Hrvatski registar umirovljenika najveća je udruga umirovljenika u Republici Hrvatskoj s više od 120.000 aktivnih članova. U Matici djeluje više od 420 udruga i više od 820 podružnica i klubova umirovljenika po svim općinama, gradovima i županijama. Matica je dobrovoljna, samostalna, interesna, socijalna, humanitarna i neprofitna udruga zajednica umirovljenika. Saborima, vladama, ministarstvima, vladinim i nevladinim agencijama, političkim strankama, te mirovinskim, zdravstvenim i drugim institucijama predlaže rješenja za poboljšanje materijalnog, zdravstvenog i ukupnog socijalnog položaja umirovljenika i starijih osoba (29). Hrvatski registar umirovljenika također provodi vrlo specifične aktivnosti za pomoć starijim osobama. Tako udruga sa svojim članovima organizira nabavu zimnice, mesa, voća i povrća, te ogrjeva po povoljnijim cijenama i na rate, njeni volonteri obilaze bolesne i nemoćne, organiziraju zabave i druženja u klubovima, podružnicama. Njegov sadržaj uključuje kulturno-umjetničke aktivnosti, sport i slobodno vrijeme, preventivnu zdravstvenu zaštitu i dr. Matica

sklapa ugovore s trgovačkim i osiguravajućim društvima, lječilišnim, prometnim, turističkim, hotelijersko-ugostiteljskim, kulturnim, sportskim i drugim organizacijama i ustanovama radi ostvarivanja cjenovnih popusta za umirovljenike temeljem jedinstvenih članskih iskaznica (29).

1.9.7. Besplatne radionice i tečajevi za umirovljenike

Učenje novih vještina može poboljšati pamćenje, prema studiji na 60- do 90-godišnjacima koji su proveli 3 mjeseca baveći se hobijem. Sudionici su bili podijeljeni u tri grupe: jedna grupa je učila digitalnu fotografiju i quilting, jedna grupa je gledala film, a jedna grupa je slušala radio i igrala igre i slagalice. Prva skupina imala je najveća poboljšanja u rezultatima pamćenja i najjaču kognitivnu izvedbu. Na sudjelovanje u besplatnim radionicama naravno utječe mjesto u kojem živite, a u velikim gradovima postoji više mogućnosti za sudjelovanje u besplatnim radionicama. To mogu biti učenje stranih jezika ili sviranja novog instrumenta, učenje nove tehnologije (fotoaparati, fotografija, pametni telefoni itd.), rješavanje zagonetki, tečajevi kuhanja, slikanja i sl. (30).

2. CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj istraživanja bio je ispitati preferirani način skrbi u posljednjim danima života starijih osoba. Pri tome su u obzir uzimane varijable spol, roditeljstvo i bračni status. Uz glavni cilj rada određeni su i dodatni ciljevi:

- ispitati postoje li statistički značajne razlike u preferiranom načinu skrbi u posljednjim danima života (u bolnici ili kod kuće) s obzirom na spol, bračni status, roditeljstvo, strah od smrti, njegovatelja u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja.
- ispitati stavove starijih osoba o kvaliteti usluga patronažne zdravstvene njege i njege od strane zajednice.

Temeljem navedenih ciljeva, postavljene su dvije hipoteze, koje se prihvaćaju ili odbacuju pri analizi podataka za svaki cilj. Nulta hipoteza (H_0) pretpostavlja da ne postoji statistički bitna razlika između ispitivanih skupina, odnosno da ne postoji razlika u omjerima ispitanika koji odabiru njegu u posljednjim danima života u bolnici ili kod kuće s obzirom na spol, bračni status, roditeljstvo, strah od smrti, njegovatelja u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja.

Radna ili alternativna hipoteza (H_1) dolazi od pretpostavke da postoje značajne razlike u omjerima ispitanika koji odabiru njegu u posljednjim danima života u bolnici ili kod kuće s obzirom na spomenute varijable.

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj istraživanja

Istraživanje je provedeno kao presječno istraživanje. Pri takvom istraživanju, prikupljaju se podatci o populaciji u sadašnjosti.

3.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku. Obuhvatilo je 106 ispitanika starije životne dobi, od čega 72 (67,9%) žene i 34 muškarca (32,1%), u dobi od 60 do 98 godina ($M=79,46$, $SD=8,73$). Ispitanici su korisnici patronažne zdravstvene zaštite u Istarskoj županiji na području Buja, Brtonigle, Oprtlja i Grožnjana.

3.3. Metode

Za potrebe istraživanja izrađen je upitnik kojeg su ispitanici ispunjavali u vlastitim domovima uz pomoć autorice ovog rada. Anketiranje je provedeno putem upitnika u formi papir-olovka jer online anketiranje ne bi naišlo na značajan odaziv u toj dobnoj skupini. Prije početka rješavanja upitnika, ispitanici su obaviješteni o anonimnosti i dobrovoljnosti pristupanja, kao i o mogućnosti odustajanja od istraživanja u svakom trenutku. Naglašeno im je da će rezultati istraživanja biti korišteni samo u svrhu izrade diplomskog rada. Cijeli upitnik dostupan je u Prilogu 1.

U prvom dijelu upitnika prikupljeni su osnovni demografski podaci o spolu i dobi te bračnom statusu (samac, u braku, u vezi, u izvanbračnoj zajednici, udovac, razveden), djeci (imaju li djecu) i kućanstvu (s kim žive).

Drugi dio upitnika sastojao se od 12 pitanja vezanih uz način života i razmišljanje o starosti, osmišljenih za potrebe ovog istraživanja. Na većinu pitanja ispitanici su trebali odgovoriti DA ukoliko se tvrdnja odnosi na njih, ili NE ukoliko se tvrdnja ne odnosi na njih, npr. „*Osjećate li se zdravo?*“. Nekoliko pitanja bilo je višestrukog izbora, npr. pitanje gdje su ispitanici zaokružili njihove hobije, a jedno je pitanje bilo otvorenog tipa gdje su ispitanici u dvije rečenice objasnili svoj stav o tome gdje bi bilo bolje dočekati starost i umrijeti (kod kuće ili u nekoj ustanovi).

Treći dio upitnika sastojao se od 9 pitanja vezanih uz ~~njihove~~ stavove o uslugama skrbi o starijim osobama, osmišljenih za potrebe ovog istraživanja. Bilo je potrebno na Likertovoj ljestvici od 1 do 5 zaokružiti odgovor koji smatraju najprikladnijim za njih, pri čemu 1 znači

„Uopće se ne slažem“, a 5 „U potpunosti se slažem“. Primjer čestice upitnika je „*Stariji bi trebali imati organizirani prijevoz za njihove potrebe (liječniku, u trgovinu, na poštu...)*.“

3.4. Statističke metode

Prikupljeni podatci analizirani su u IBM SPSS 23 paketu za statističku obradu. U radu su navedeni idući deskriptivni podaci: frekvencija i postoci odgovora, aritmetička sredina, standardna devijacija, medijan i mod. Za sve statističke analize greška tipa I (α) od 5% smatrana je statistički značajnom. Prije statističke obrade podataka provjereni su preduvjeti za računanje parametrijskih testova. Normalnost distribucije provjerena je Kolmogorov-Smirnov testom. S obzirom da je većina varijabli izražena na nominalnoj skali, uzorak mali, a Kolmogorov-smirnov test statistički značajan na svim varijablama ($p < .05$), za provjeru hipoteza bit će korišteni zamjenski neparamaterijski test: hi kvadrat.

4. REZULTATI

4.1. Deskriptivni podaci istraživanja

Kako bi se ispitali preferirani načini skrbi starijih osoba pri kraju života i njihovi stavovi prema njezi starijih osoba, provedeno je istraživanje. Izračunati deskriptivni podaci su prikazani u Tablici 2.

Tablica 2. Sociodemografski podaci ispitanika izraženi u frekvencijama, postocima i modu

	Varijabla	Frekvencija (postotak)	Mod
Spol	Ženski	72 (67,9%)	Ženski
	Muški	34 (32,1%)	
Dob	60-70 godina	16 (15,1%)	71-80 godina
	71-80 godina	43 (40,6%)	
	81-90 godina	36 (34%)	
	preko 90 godina	11 (10,4%)	
Bračni status	Sama/c	9 (8,5%)	Udovac/ica
	U braku/izvanbračnoj zajednici	45 (42,5%)	
	Rastavljen/a	5 (4,7%)	
	Udovac/ica	47 (44,3%)	
Djeca	Ima	89 (84%)	Ima
	Nema	17 (16%)	
Kućanstvo	Sam/a	33 (31%)	Sam/a
	Supružnik	31 (29,2%)	
	Uža obitelj	26 (24,5%)	
	Šira obitelj	16 (15,1%)	

Kao što je vidljivo u Tablici 2, prema spolu u uzorku prevladavaju žene (67,9%), a prema dobi najviše ispitanika pripada dobnoj skupini od 71 do 80 godina starosti (40,6%). S obzirom na bračni status, u uzorku najviše ima udovaca (44,3%) i osoba u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici (42,5%). Od 106 ispitanika, većina njih imaju djecu (84%) i većina ispitanika u kućanstvu živi sama (31,1%).

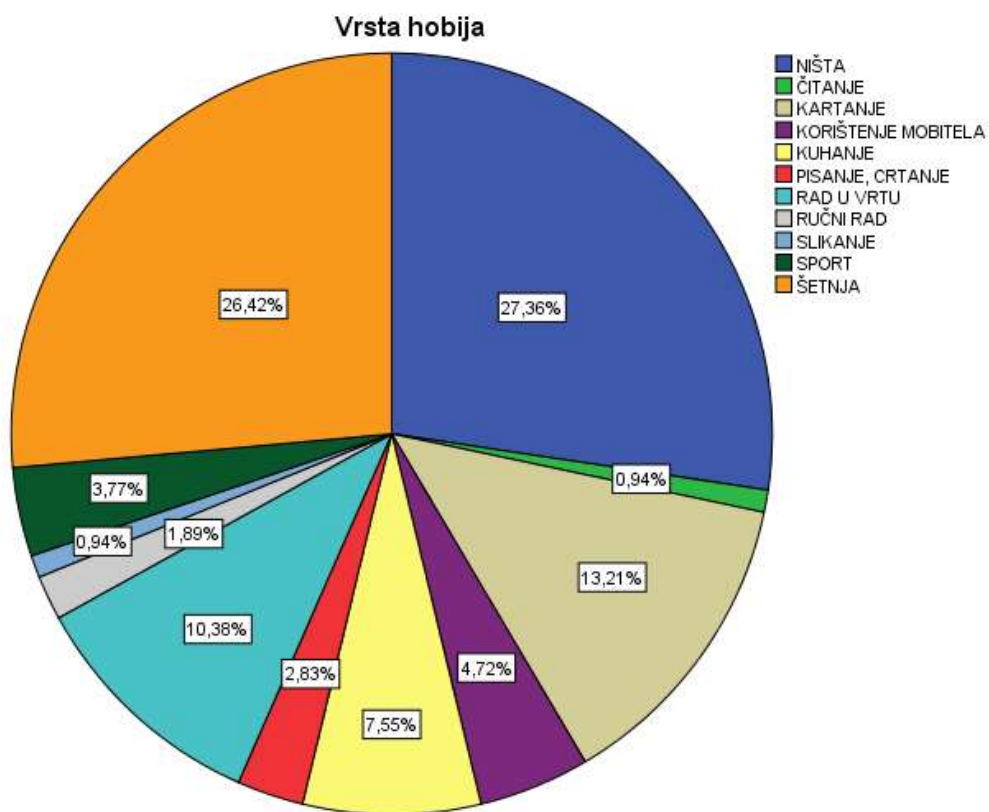
4.2. Upitnik o funkcioniranju starijih i razmišljanju o starosti

U nastavku su tablično prikazani odgovori ispitanika na pitanja iz općenitog upitnika o načinu života, hobijima i njezi starijih osoba. Za dihotomne čestice odgovori su prikazani tablično, izraženi u frekvencijama i postocima (Tablica 3), odgovori na pitanja višestrukog izbora su prikazani grafički (Slika 1 i Slika 2), dok su odgovori na opisno pitanje prikazani opisno, navodima pacijenata.

Tablica 3. *Frekvencija i postoci odgovora ispitanika na čestice upitnika*

Čestica upitnika	Frekvencija (postotak) odgovora		
	DA	NE	UKUPNO
Posjećuje li Vas patronažna sestra?	106 (100%)	0 (0%)	106 (100%)
Posjećuje li Vas gerontodomačica?	14 (13,2%)	92 (86,8%)	106 (100%)
Imate li prijatelje/bliske osobe sa kojima redovito održavate kontakte?	96 (90,6%)	10 (9,4%)	106 (100%)
Imate li hobije?	77 (72,6%)	29 (27,4%)	106 (100%)
Osjećate li se zdravo?	29 (27,4%)	77 (72,6%)	106 (100%)
Jeste li ranije u mladosti razmišljali što će biti sa Vama kad budete stariji i nemoćni?	27 (25,5%)	79 (74,5%)	106 (100%)
Imate li nekoga tko će se brinuti za Vas u slučaju bolesti, kasne starosti ili nemoći?	84 (79,2%)	22 (20,8%)	106 (100%)
Bojite li se smrti?	42 (39,6%)	64 (60,4%)	106 (100%)
Jeste li ikada razmišljali o mjestu na kojem biste željeli provesti svoje posljednje dane?	69 (65,1%)	37 (34,9%)	106 (100%)

Kao što je vidljivo u Tablici 3, većina ispitanika redovito održava kontakte sa svojim bližnjima (90,6%), bavi se nekim hobijem (72,6%) i ima nekoga tko će se za njih brinuti kada budu nemoćni (79,2%), što sugerira da većina ispitanika ima razvijenu socijalnu mrežu i ispunjeno slobodno vrijeme. Vrste hobija kojima se ispitanici bave prikazani su u nastavku na Slici 1. Nadalje, sukladno starijoj životnoj dobi, u manjini su oni koji se osjećaju zdravo (27,4%) i koji se boje smrti (39,6%). Nadalje, većina ispitanika nije u mladosti promišljala tko će ih negovati kada postanu stari i nemoćni (74,5%), ali su promišljali na kojem mjestu bi voljeli provesti svoje posljednje dane (65,1%).



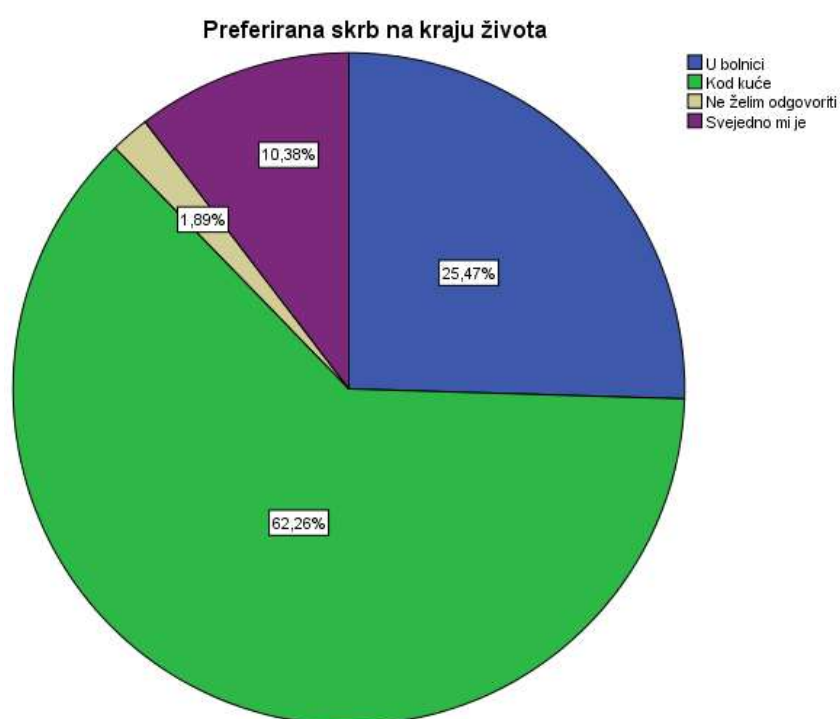
Slika 1. *Vrste hobija (%)*

Grafički prikaz na Slici 1. pokazuje da najveći broj ispitanika koji imaju hobi navodi šetnju (26,4%), kartanje (13,2%) i rad u vrtu (10,4%). Nešto manji postotak ispitanika kao hobi navodi kuhanje (7,6%), korištenje mobitela (4,7%) i sport (3,8%). Najmanje „popularni“ hobiji među ispitanicima su ručni rad (1,9%), slikanje (0,9%) i čitanje (0,9%). Međutim, velik broj ispitanika (27,4%) navodi da se ne bave nikakvim hobijem.

4.3. Preferirana skrb i njega na kraju života

U daljnjem tekstu prikazani su odgovori ispitanika (u frekvencijama i postocima) na pitanje gdje bi radije dočekali starost i smrt (bolnica, vlastiti dom) i navodi nekih pacijenata pri objašnjenju svojih odgovora.

Od ukupno 106 ispitanika, njih 66 (62,3%) se izjasnilo da bi željeli dočekati starost i umrijeti kod kuće. Za bolnicu ili neku drugu ustanovu se izjasnilo 27 (25,5%) ispitanika. Ispitanika kojima je bilo svejedno gdje će dočekati starost je bilo 11 (10,4%), a dva ispitanika (1,9%) nisu mogli/željeli odgovoriti na pitanje pa su oni izuzeti iz daljnjih analiza zbog malih frekvencija u ćeliji (<5). Rezultati su prikazani na Slici 2.



Slika 2. Preferirani način skrbi na kraju života (%)

4.3.1. Kvalitativna analiza odgovora na pitanje „Gdje biste radije dočekali starost i smrt i zašto?“

Najčešći odgovori ispitanika koji su se izjasnili da bi starost i smrt željeli dočekati kod kuće su takvi u kojima ispitanici smatraju da bi ih starost i smrt kod kuće činila mirnijima i sretnijima, jer su mišljenja da bi čovjek trebao ostati u okruženju u kojem je proveo najveći dio svog života. Iz njihovih odgovora se zaključuje kako su zapravo starije osobe izuzetno emotivne te im je važno da nekako taj svoj kraj privedu u prostoru koji im je drag te uz ljude koji su im bitni.

„Draže mi je da umrem tu gdje živim“; „ To je moja kuća i moj mir i tu bi najviše željela umrijeti“; „ Bilo bi lijepo kad bi zaspala zauvijek tamo gdje se svakodnevno budim“; „ Voljela bi umrijeti u svom krevetu“; „Najbolje je biti u svojem domu gdje si stvarao cijeloga života“; „Tu sam rođena, tu živim i tu je moj dom“; „Bolje umrijeti kod kuće svoj na svome“; „Za sreću u potpunosti bi bilo najbolje da umrem u svojem domu, nadam se da ću to i doživjeti“; „Lijepo je život završiti tamo gdje si većinu života bio. Tako je i moja svekrva htjela i mi smo joj to i omogućili. Nadam se da će tako i meni moj sin i nevjesta“; „Najljepše je umrijeti tamo gdje živiš iako nisam sigurna da li ću ja to moći ostvariti jer mi djeca žive daleko, ali bojim se osjećaja da ću umrijeti negdje u nekoj bolnici daleko od bliskih ljudi“; „Najradije bi voljela kad bi se u vlastitom krevetu samo se ne probudila“; „Bolje doma jer bi bilo ugodnije, a u bolnici je tako, dođete i šš..“; „Nadam se da ću biti baš ovdje gdje sam sada“; „Onaj dan ako moram biti u stacionaru ili bolnici bolje da umrem zajno“, „Svakako je dom jedino gdje želim umrijeti ako je to moguće jer smatram da umrijeti u vlastitom okruženju kuće i obitelji donosi jednu neizmjernu sreću na kraju životnog puta“; „Ča ni bolje umriti tamo di živiš cili život, a ne da te jušto pred smrt strpaju u špital“; „Ma ako jušto pensan, onda je boje da umren doma. Ča ni sestra boje da tu umren“; „Bilo bi bolje dočekati starost kod kuće radi manjih finansijskih troškova“; „Volio bi umriti doma prije moje žene“; „Bolje bi bilo kod kuće jer bi djeca bila uz mene“; „Bolnica mi je donijela samo zlo i ne želim tamo umrijeti“; „Ča se mene tiče moren sad odmah umrit tu na divanu, samo da ne gren u bolnicu“; „Doma je doma“; „Umrta bi doma i nadam se da će me zdravlje koliko toliko poslužiti“; „Rađe mi smrt dočekala doma jer imam dobre kćerke“.

Najčešći odgovori ispitanika koji su se opredijelili da starost i smrt dočekaju u bolnici ili nekoj drugoj ustanovi, odaje dojam po njihovim odgovorima da to zapravo žele jer su indirektno prisiljeni boraviti u nekoj bolnici ili ustanovi, a ne da je to baš njihova želja. Možda više iz straha jer ne žele umrijeti sami ili ne žele opterećivati obitelj, a ne iz stava da je bolnica bolje mjesto od vlastite kuće u kojoj će dobiti bolju uslugu. Iz većine odgovora ispitanika bolnica ili neka druga ustanova su najkompetentnije za starost i smrt, ali iste proizlaze iz straha od samoće za vrijeme umiranja ili osjećaja tereta za koji misle da bi time opteretili obitelj.

„U bolnici jer živim sam, a kćer je daleko“; „Jer se moj sin neće moći brinuti o meni“; „U ustanovi da mojima ne budem na teret“; „Živim sama, kćer nije blizu i nema tko brinuti o meni pa ću morati u ustanovu“; „Bolnica, zbog toga da sinove poštedim muke“; „Ja bi radije da umrem u bolnici ili u domu nego da se sinovi brinu za mene jer im baš ne ide. A oni baš forsiraju da budem doma“; „Bojim se smrti i voljela bi da netko bude pored mene kad umrem. Ne bi voljela umrijeti sama u stanu, zato bolje bolnica“; „Ako umrem u bolnici više sam na miru i ne trebam o ničemu razmišljati“; „Ne želim biti na brigi mojima tako da bi rađe u ustanovi“; „S obzirom da nisam u komunikaciji sa obitelji nadam se da ću umrijeti u domu ili bolnici samo da nisam sama kod kuće“; „Umrijeti ću u bolnici jer me nema tko paziti“; „Bilo bi bolje u bolnici jer bi me bolje njegovali“; „Najbolje je umrijeti ča od hiže“; „Mislim da je bolnica najbolje rješenje za bolesnog čovjeka“; „U ustanovi jer sam već sada jako bolesna“; „Bolje da sam u bolnici kad umrem da nisam na teret obitelji“; „Dom ili bolnica su za mene samca najbolja opcija“; „Možda bi bilo najrealnije da umrem u bolnici jer sam sama i bojim se biti sama dok umirem ako me nešto bude boljelo“; „U bolnici jer nemam djece“.

Jedanaestero ispitanika se izjasnilo kako im je svejedno gdje će umrijeti, a ono što im je zapravo jedino bilo važno je osjećaj da ne iskuse bol. Ne razmišljaju toliko o tome koje će to biti mjesto, već samo da pri starosti ili umiranju nemaju patnju i bol, iz čega onda proizlazi osjećaj tuge, nemoći i straha.

„Neka bude gdje god samo da me ništa ne boli. Ljepše je kod kuće možda, ali bit će šta bude“; „A ma skoro da je svejeno kade ću umrit, samo da ne boli“; „Svejedno mi je, samo da nisam sam“; „Ne znam šta bi tu odgovorila, skoro da mi je svejedno, samo da me ništa ne boli. Nikada nisam razmišljala o tome gdje bi i kako željela umrijeti“; „Jedino što znam da ne bih voljela umrijeti sama, a sad gdje će to biti manje je bitno“; „Čak mi je i svejedno di ću umrijeti, samo da me ništa ne boli“; „Ja nemam nikoga i svejedno mi je di ću umrijeti“

4.3.2. Odnos preferencija skrbi u posljednjim danima života i odabranih varijabli

Kako bi se ispitale preferencije pacijenata vezane uz način skrbi u posljednjim danima života s obzirom na spol, roditeljstvo i bračni status te strah od smrti, njegovatelja u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja, provedeno je nekoliko Pearsonovih hi kvadrat testova. Analiza je provedena na 93 osobe koje su se opredijelile za jednu varijantu – bolnica ili vlastiti dom. Tablica kontingencije (Tablica 4), rezultati testa i odgovarajući grafovi su prikazani u nastavku (Slika 3 i 4).

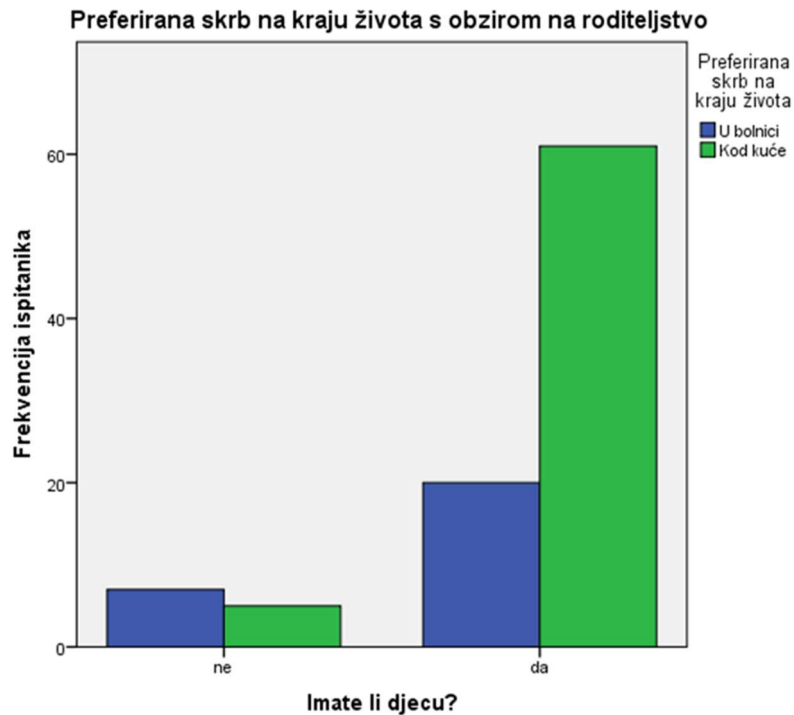
Tablica 4. Tablica kontingencije (preferirana skrb na kraju života s obzirom na varijable: spol, roditeljstvo, bračni status, strah od smrti, njegovatelj u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja)(N=93)

		Preferirani način skrbi na kraju života		UKUPNO	hi kvadrat test
		Bolnica	Kod kuće		
Spol	Ženski	22 (19,2)	44 (46,8)	66	$\chi^2=2,04$ df=1 p=0,153
	Muški	5 (8,6)	22 (20,9)	27	
UKUPNO		27	66	93	
Imate li djecu?	NE	7 (3,5)	5 (8,5)	12	$\chi^2=5,74$ df=1 p=0,017*
	DA	20 (23,5)	61 (57,5)	81	
UKUPNO		27	66	93	
Bračni status	Brak/izvanbračna zajednica	6 (11,3)	33 (27,7)	39	$\chi^2=6,07$ df=1 p=0,014*
	Samac/udovac/ rastavljen	21 (15,7)	33 (38,3)	54	
UKUPNO		27	66	93	
Strah od smrti	DA	12 (11,6)	28 (28,4)	40	$\chi^2=0,03$ df=1 p=0,858
	NE	15 (15,4)	38 (37,6)	53	
UKUPNO		27	66	93	
Njegovatelj u starosti	Ima	18 (22,1)	58 (53,9)	76	$\chi^2=5,77$ df=1 p=0,016*
	Nema	9 (4,9)	8 (12,1)	17	
UKUPNO		27	66	93	
Subjektivni osjećaj zdravlja	Zdrav	7 (6,7)	16 (16,3)	23	$\chi^2=0,03$ df=1 p=0,864
	Bolestan	20 (20,3)	50 (49,7)	70	
UKUPNO		27	66	93	

Napomena: * $p < 0,05$, ** $p = 0,01$

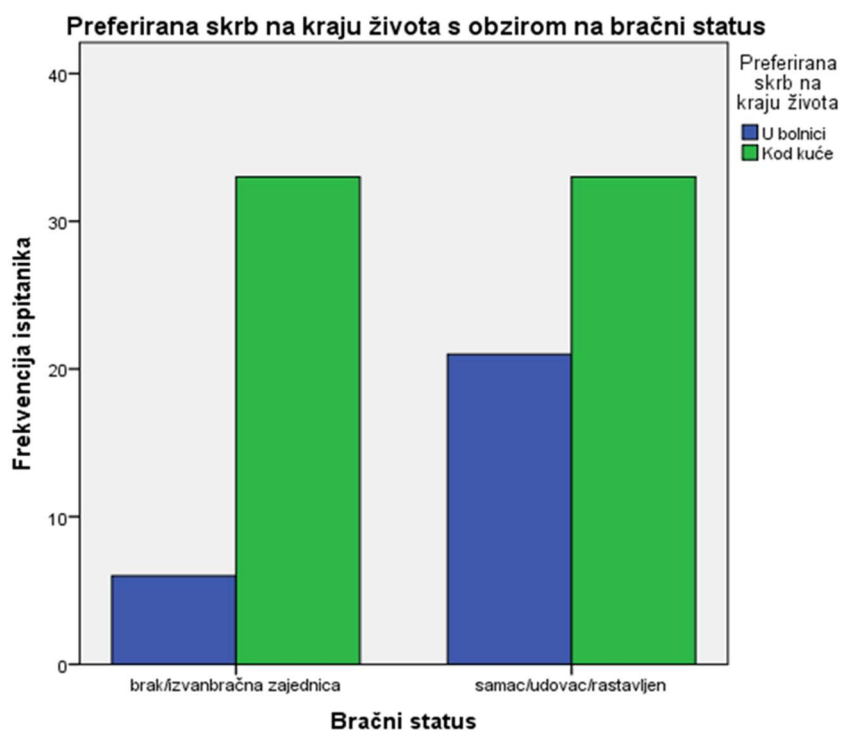
Kao što je vidljivo iz Tablice 4, provedeno je testiranje (Hi kvadrat test) kako bi se ispitali preferirani načini njege u posljednjim danima života s obzirom na nekoliko promatranih varijabli (spol, roditeljstvo, bračni status, strah od smrti, njegovatelj u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja). Hi kvadrat testovima se utvrdilo da je omjer ispitanika koji preferiraju skrb na kraju života u bolnici ili kod kuće, podjednak s obzirom na spol, strah od smrti i subjektivan osjećaj zdravlja ($p > 0,05$). Nadalje, pokazuje se da da ima razlike u raspodjeli, odnosno da je

omjer ispitanika koji preferiraju njegu na kraju života u bolnici ili kod kuće, različit s obzirom na to imaju li djecu ili ne ($\chi^2=5,74$, $df=1$, $p<,05$) (Slika 3). Također, hi kvadrat testom utvrdilo se da je omjer ispitanika koji preferiraju njegu na kraju života u bolnici ili kod kuće, različit s obzirom na bračni status ($\chi^2=6,07$, $df=1$, $p<,05$) (Slika 4). Nadalje, omjer ispitanika koji preferiraju njegu na kraju života u bolnici ili kod kuće je različit i s obzirom na to imaju li nekoga tko će brinuti o njima u starosti ili bolesti ($\chi^2=5,77$ $df=1$ $p=,016$) (Slika 5).



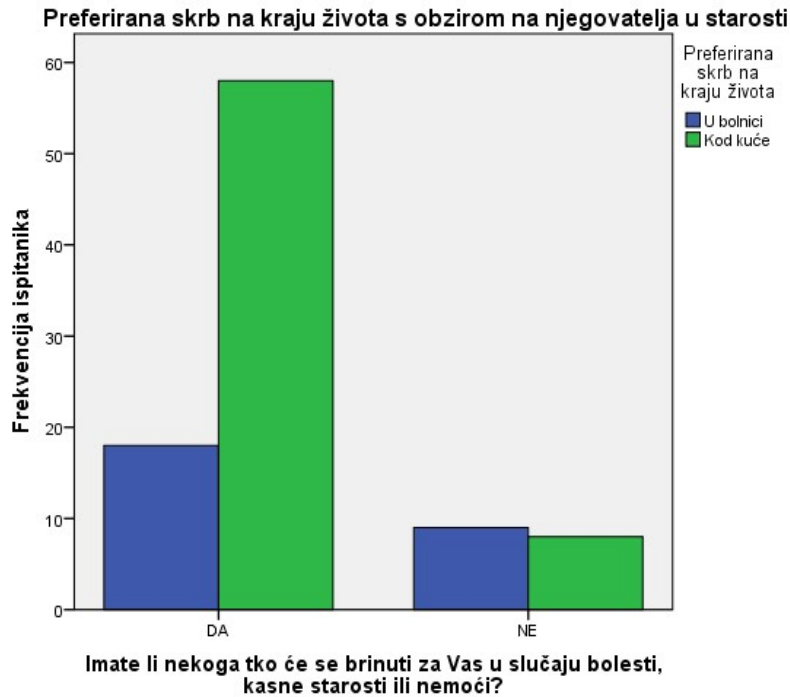
Slika 3. *Preferirana skrb na kraju života s obzirom na roditeljstvo*

Iz gornjeg grafičkog prikaza je vidljivo da velika većina ispitanika koji imaju djecu preferira kućnu njegu u posljednjim danima života, u usporedbi s njegom u bolnici. Oni koji nemaju djecu podjednako preferiraju njegu kod kuće i u bolnici. Dakle, nulta hipoteza je odbačena.



Slika 4. *Preferirana skrb na kraju života s obzirom na bračni status*

Grafički prikaz na Slici 4. govori kako osobe podjednako preferiraju kućnu njegu u posljednjim danima života, bez obzira na bračni status. Ipak, vidi se razlika u preferenciji bolničke njege, odnosno, veći broj ispitanika preferira da ih njeguju u bolnici ukoliko su samci, udovci ili rastavljeni u odnosu na one koji su u braku ili izvanbračnoj zajednici. Dakle, nulhipoteza je odbačena.



Slika 5. *Preferirana skrb na kraju života s obzirom na njegovatelja u starosti*

Grafički prikaz na gornjoj Slici 5 sugerira da ispitanici koji imaju nekoga tko će se za njih brinuti u slučaju bolesti ili kasne starosti preferiraju kućnu njegu u usporedbi s onima koji nemaju njegovatelja. Njegu u bolnici podjednako preferiraju oni koji imaju njegovatelja u odnosu na one koji ga nemaju.

4.4. *Stavovi starijih osoba prema patronažnoj zdravstvenoj skrbi i kvaliteti njege*

U nastavku je prikazana deskriptivna analiza upitnika u kojem su ispitanici izrazili svoje stavove prema patronažnoj zdravstvenoj skrbi i općenito kvaliteti njege starijih osoba od strane grada, općine ili države. Ispitanici su na pitanja odgovarali na Likertovoj skali od 5 stupnjeva, pri čemu 1 označava „Uopće se ne slažem“, a 5 „U potpunosti se slažem“. Provjerena je valjanost i pouzdanost upitnika. Cronbach alfa upitnika iznosi $\alpha=0,46$, a interkorelacije među česticama se kreću od $-0,73$ do $0,81$. Zaključuje se da ne postoji mogućnost kreiranja smislenog zbirnog pokazatelja kojim se predstavlja mišljenje o kvaliteti njege starijih osoba pa je upitnik analiziran kvalitativno frekvencijama i postocima. Rezultati su prikazani u nastavku (Tablica 5, Slika 6.-14.).

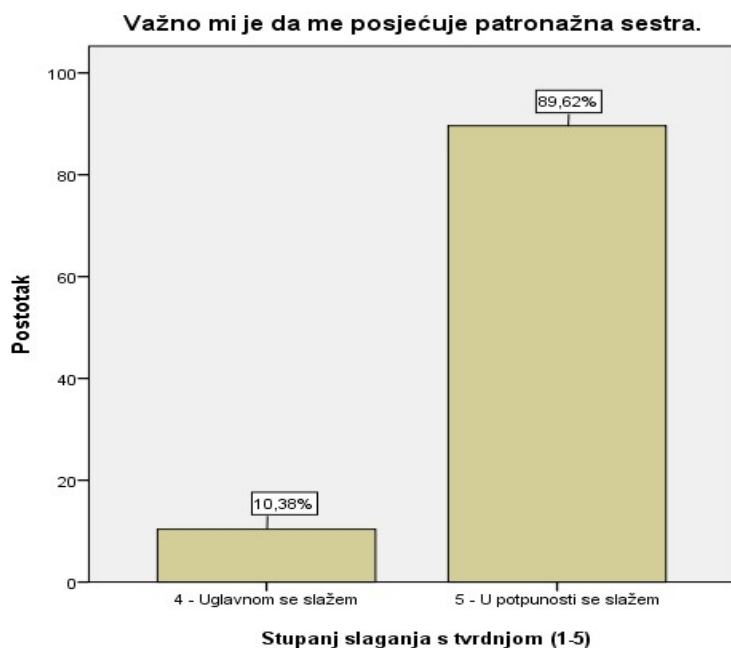
Tablica 5. Deskriptivni podaci (aritmetička sredina, standardna devijacija, medijan i mod) i frekvencije odgovora ispitanika za čestice upitnika stavova o kvaliteti njege starijih osoba

Čestica	Frekvencija odgovora ispitanika					Deskriptivni podaci			
	1	2	3	4	5	M	SD	Medijan	Mod
1. Važno mi je da me posjećuje patronažna sestra.	0	0	0	11	95	4,90	0,31	5	5
2. Važno mi je da me posjećuje gerontodomaćica.	11	1	37	11	46	3,75	1,31	4	5
3. Zadovoljan/na sam uslugom posjete patronažne sestre/gerontodomaćice.	0	1	1	7	97	4,89	0,42	5	5
4. Patronažne sestre/gerontodomaćice bi trebale češće dolaziti.	1	3	20	31	51	4,21	0,91	4	5
5. Briga od strane države/grada/općine prema starijim osobama je kvalitetna.	42	26	21	15	2	2,14	1,15	2	1
6. Država/grad/općina bi se trebali više zauzeti za pomoć starijima u kući.	0	0	11	30	65	4,51	0,68	5	5
7. Država/grad/općina bi trebali organizirati dodatne timove pomoći u kućama.	0	0	6	35	65	4,56	0,60	5	5
8. Stariji bi trebali imati organizirani prijevoz za njihove potrebe (liječniku, u trgovinu, na poštu..).	0	0	4	25	77	4,69	0,54	5	5
9. Starijima bi trebalo osigurati više dnevnih boravaka sa uključenim prijevozom.	2	0	12	29	63	4,42	0,84	5	5

Napomena: M=aritmetička sredina, SD=standardna devijacija

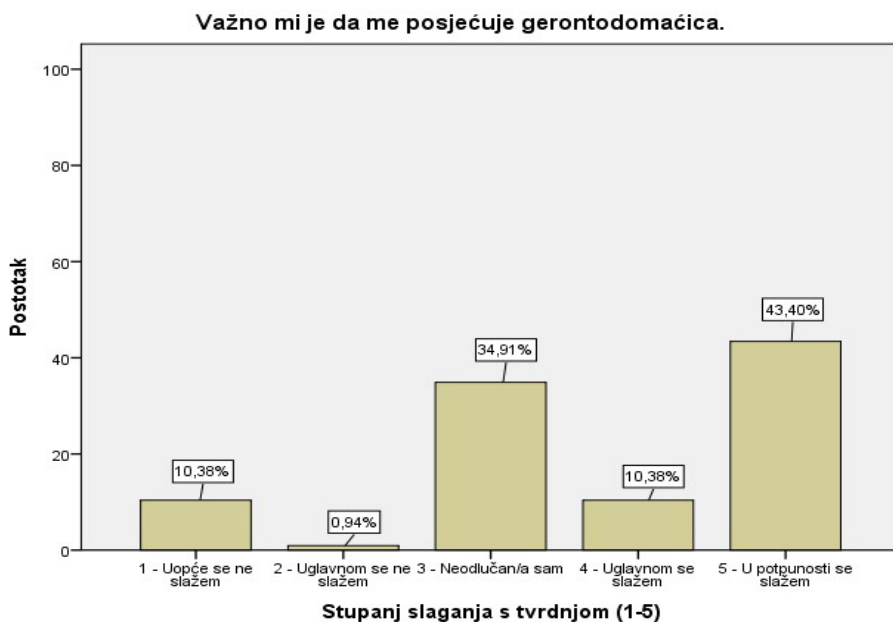
Iz Tablice 5 je vidljivo da su čestice pod brojem 1,3,6,7,8 i 9 najčešće označene kao one s kojima se u potpunosti slažu. Svim ispitanicima je važno da ih posjećuju patronažne sestre, ali ne i gerontodomaćice. Velika većina starijih osoba u uzorku zadovoljna je uslugama patronažnih sestara i gerontodomaćica, ali su i suglasni u tome da bi se država, grad i/ili općina trebali više zauzeti za pomoć starijima i poboljšati kvalitetu njege u vidu osiguravanja dodatnih timova pomoći, organiziranog prijevoza i dnevnih boravaka. Sukladno tome, čak 64,2%

ispitanika se uopće ili uglavnom ne slaže s tvrdnjom da je briga prema starijima kvalitetna. Postoci odgovora ispitanika za pojedinu česticu upitnika prikazani su u nastavku.



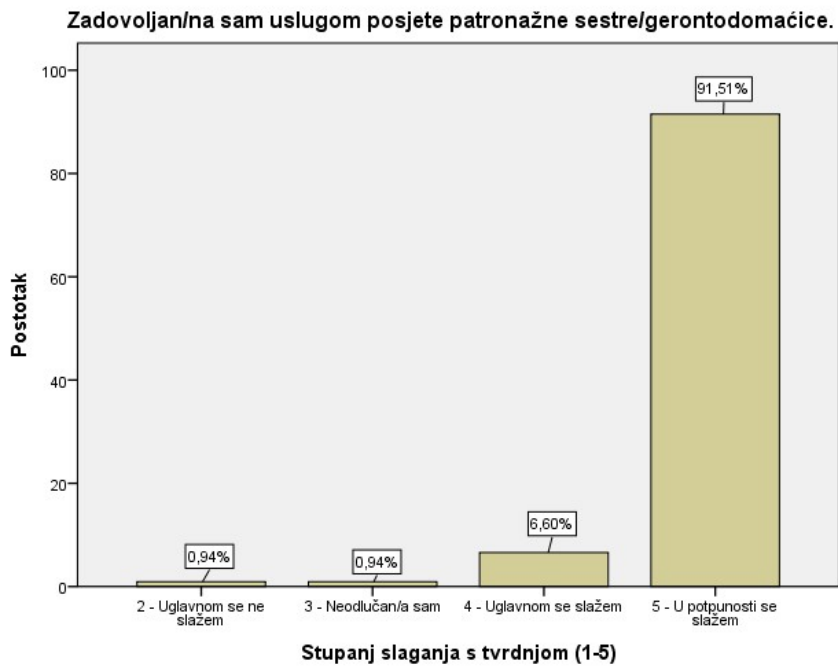
Kao što je vidljivo na Slici 6, većina ispitanika se u potpunosti slaže s tvrdnjom da su im važni posjeti patronažne sestre (89,62%), a ostalih 10,38% se uglavnom slaže. Takvi nam podaci sugeriraju da je pacijentima potrebna patronažna zdravstvena skrb u njihovim domovima.

Slika 6. Stav ispitanika o važnosti posjete patronažne sestre



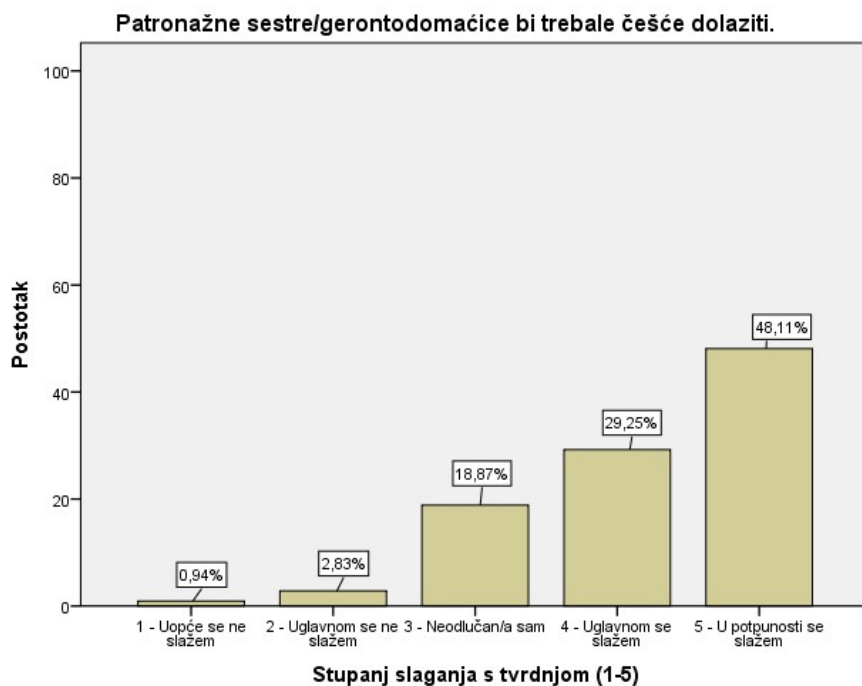
Čini se da ispitanici imaju podijeljena mišljenja u vezi važnosti posjeta gerontodomaćica. Većina ispitanika se u potpunosti (43,4%) ili uglavnom (10,4%) slaže s tvrdnjom da su im važni posjeti gerontodomaćice. Oko 11% ispitanika smatra da im njihovi posjeti nisu važni.

Slika 7. Stav ispitanika o važnosti posjete gerontodomaćice.



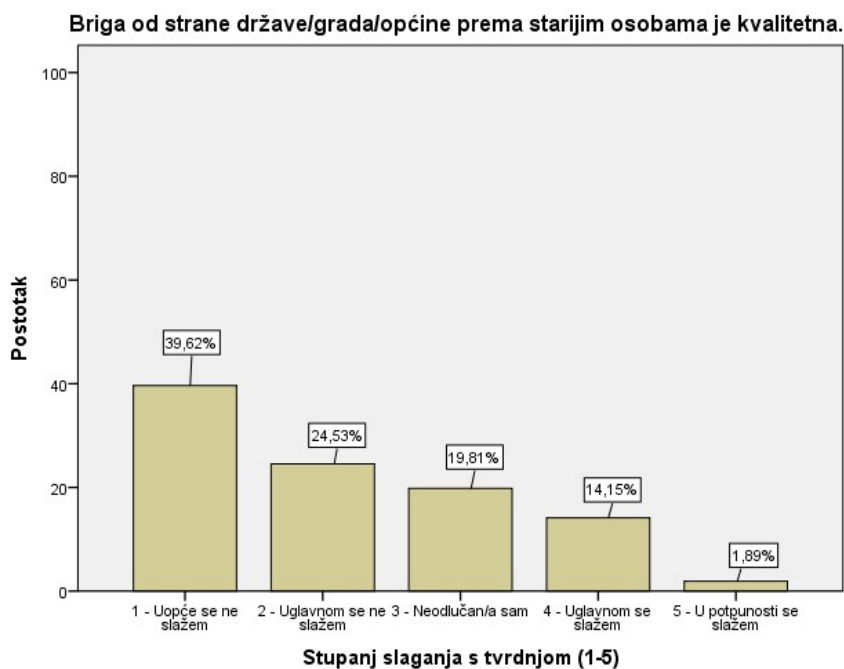
Veliki postotak ispitanika izražava svoje zadovoljstvo uslugom posjete patronažne sestre ili gerontodomačice u potpunosti (91,5%) ili uglavnom (6,6%). Nešto manji postotak ispitanika nije zadovoljan uslugama (0,9%), a isto toliko ih je neodlučnih.

Slika 8. Stav ispitanika o zadovoljstvu uslugom patronažne skrbi



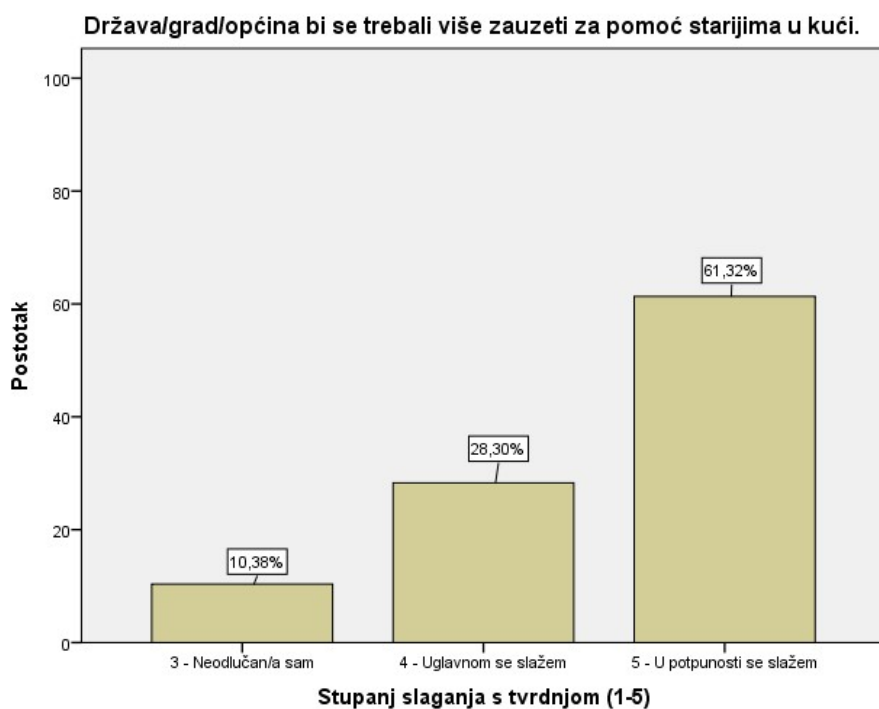
Slaganje s česticom pod rednim brojem 4. u potpunosti ili uglavnom procjenjuje 48,1%, odnosno 29,3% ispitanika, što čini većinu uzorka. Njih 18,9% bira indiferentan stav, a ukupno njih 3,8% se uglavnom ili uopće ne slaže s tvrdnjom da bi patronažna skrb trebala biti učestalija.

Slika 9. Stav ispitanika o većim potrebama za patronažnim uslugama



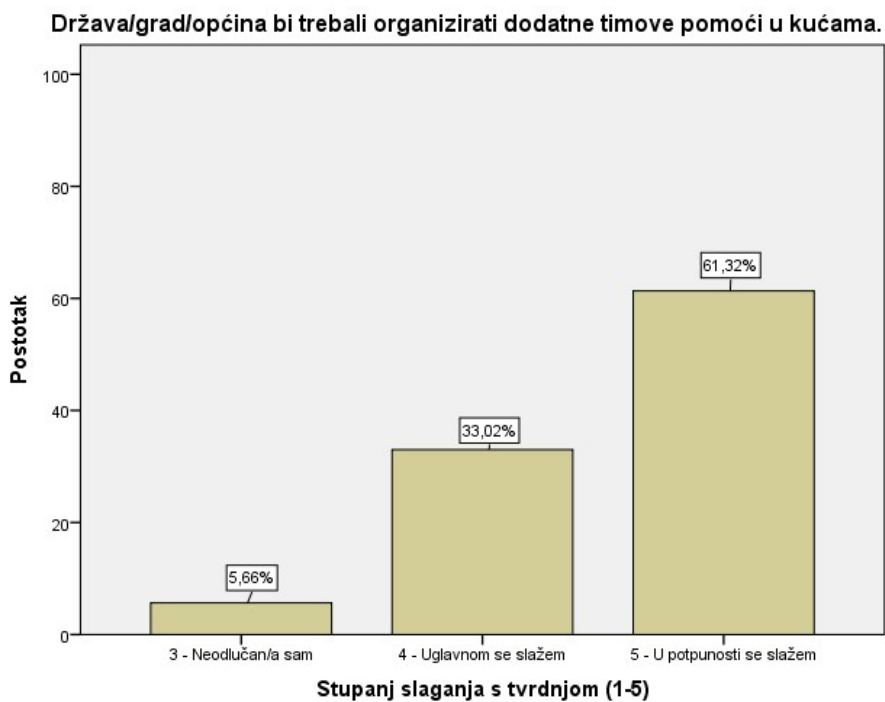
Podaci pokazuju da samo manjina ispitanika smatra brigu o starijim osobama kvalitetnom (oko 16%). Čak oko 64% ispitanika brigu o starijima od strane države, grada i/ili općine ne smatra kvalitetnom, dok je 19,8% njih neodlučno.

Slika 10. Stav ispitanika o kvaliteti njege starijih osoba u zajednici.



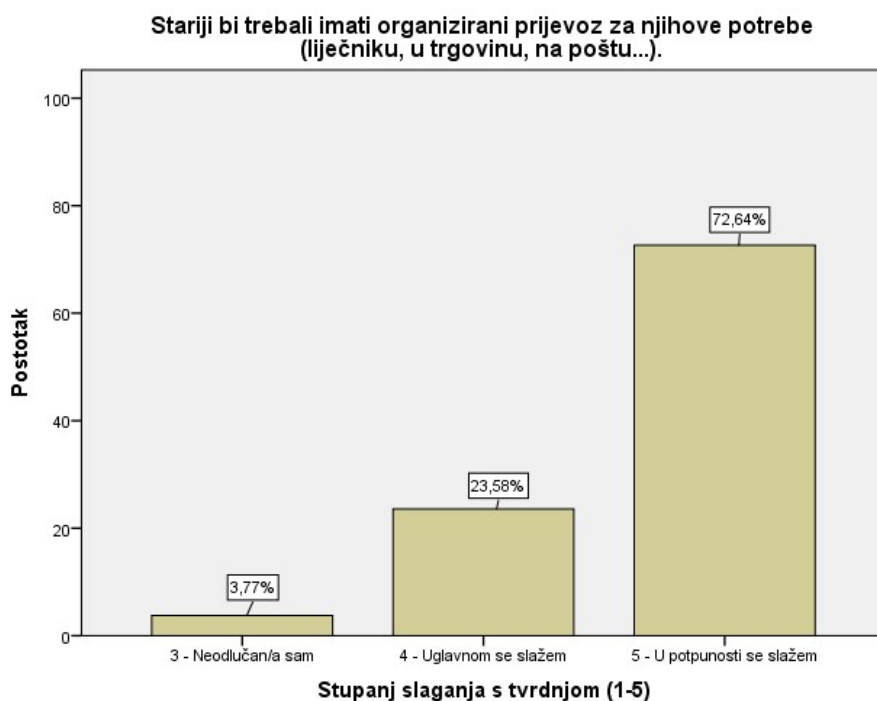
Kao što je vidljivo na grafičkom prikazu, skoro svi ispitanici se potpuno (61,3%) ili uglavnom (28,3%) slažu s tvrdnjom da bi zajednica trebala uložiti više truda u njegu starijih. Njih 10,4% ne može se odlučiti.

Slika 11. Stav ispitanika o potrebi za ulaganjem većeg truda u njezi starijih osoba.



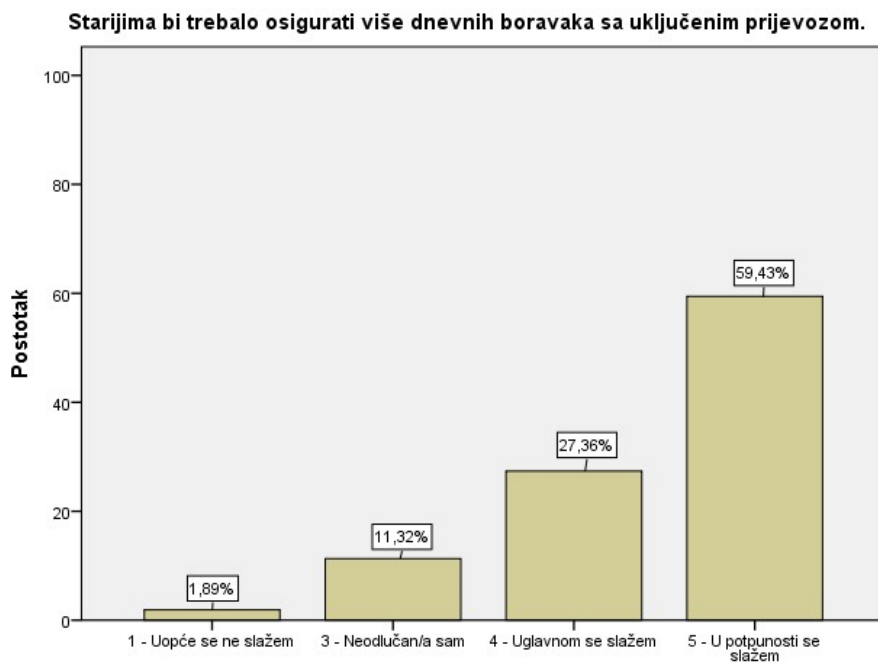
Slika 12. Stav ispitanika o potrebi za dodatnim timovima pomoći starijima.

Velika većina ispitanika se u potpunosti (61,3%) ili uglavnom (33%) slažu s tvrdnjom da bi zajednica trebala organizirati dodatne timove pomoći starijima u njihovim domovima. Samo ih je 5,7% ostalo indiferentno.



Slika 13. Stav ispitanika o potrebi za organiziranim prijevozom za starije.

Skoro svi ispitanici smatraju da postoji potreba za organizacijom prijevoza za starije osobe do liječnika, trgovine, pošte i sl. te se u potpunosti (72,6%) ili uglavnom (23,6%) slažu s tom tvrdnjom. Samo je 3,8% neodlučnih.



Slika 14. Stav ispitanika o potrebi za povećanjem dnevnih boravaka za starije osobe

Ideju da postoji povećana potreba za dnevnim boravcima s uključenim prijevozom za starije osobe nije podržalo 1,9% ispitanika. Ostalih 86,8% ispitanika se s tom tvrdnjom slaže, dok je 11,3% indiferentnih.

5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati preferirani način skrbi u posljednjim danima života starijih osoba (u bolnici ili kod kuće) s obzirom na spol, bračni status, roditeljstvo, strah od smrti, njegovatelja u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja. Na temelju glavnog cilja postavljena je nulta hipoteza koja glasi da ne postoje statistički značajne razlike između osoba koje preferiraju njegu u posljednjim danima života u bolnici i kod kuće ovisno o navedenim varijablama. Također, ispitanici su i stavovi ispitanika o kvaliteti usluga patronažne zdravstvene njege i njege od strane zajednice općenito, jer se zbog sve lošije demografske slike i starenja populacija moraju pronaći učinkoviti oblici promicanja zdravlja i prevencije bolesti do posljednjeg trenutka života.

U uzorku većinu ispitanika čine oni koji redovito održavaju kontakte sa svojim bližnjima, bave se nekim hobiem i imaju nekoga tko će se za njih brinuti kada budu nemoćni, što sugerira da većina ispitanika ima razvijenu socijalnu mrežu i ispunjeno slobodno vrijeme. Nadalje, sukladno starijoj životnoj dobi, u manjini su oni koji se osjećaju zdravo i koji se boje smrti. Također, većina ih je do sada promišljala na kojem mjestu bi voljeli provesti svoje posljednje dane.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da starije osobe na području Istarske županije preferiraju provesti posljednje dane svog života u vlastitom domu u odnosu na bolnice. Točnije, oko 60% ispitanika želi dočekati starost i umrijeti u vlastitom domu, a njih 25% preferira posljednje dane provesti u bolnici. Ostali su se izjasnili da im je svejedno gdje će dočekati starost ili nisu željeli odgovoriti na pitanje. U istraživanju medicinskih odluka pacijenata pri kraju života "Fin de vie en France", pokazalo se kako je oko 55% osoba željelo umrijeti kod kuće, 25% u domu za njegu, a 17% u bolnici (11). Iako većina ljudi navodi svoj dom kao preferirano mjesto skrbi, a i smrti, velik broj ljudi provede svoje posljednje dane ili umire u bolnicama.

Analizirani su najčešći odgovori ispitanika s objašnjenjima zašto preferiraju dočekati starost i smrt kod kuće odnosno u bolnici. Ispitanici koji žele svoje posljednje dane provesti u vlastitom domu smatraju da bi tako bili mirniji i sretniji jer bi čovjek trebao ostati u okruženju u kojem je proveo najveći dio svog života sa svojim bližnjima. S druge strane, rezultati preferencija bolničke njege na kraju života proizlazi iz straha od samoće za vrijeme umiranja ili osjećaja tereta za koji misle da bi time opteretili obitelj, a ne iz stava da je u bolnici bolja usluga nego u njihovim domovima. Iako pacijenti strahuju od samoće u zadnjim danima života, pokazuje se da su zapravo obitelj i prijatelji blisko uključeni na kraju života pacijenata (38).

Skoro sve osobe (96%) koje ostaju kod kuće ili idu u bolnicu primaju posjete tijekom posljednjeg tjedna života, ali su ipak obitelj i prijatelji češće prisutni u trenutku smrti kada se ona dogodi kod kuće (11). Nadalje, sukladno Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. kao najčešći razlozi za preferenciju bolničke njege ističu se nezbrinuti simptomi, nemogućnost pružanja kontinuirane 24 satne skrbi od strane obitelji i nedostatak profesionalne pomoći za članove obitelji koji skrbe za bolesnika. Zaključno, oni koji su se izjasnili da im je svejedno gdje će umrijeti, zapravo ne razmišljaju toliko o tome koje će to biti mjesto, već samo da pri starosti ili umiranju nemaju patnju i bol, iz čega onda proizlazi osjećaj tuge, nemoći i straha.

U literaturi ne postoji mnogo istraživanja preferencije mjesta smrti od strane pacijenata te su postojeća istraživanja pretežito s područja Velike Britanije i SAD-a. Međutim, jedno europsko istraživanje identificiralo je četiri čimbenika povezana s preferencijom smrti u kućnom okruženju kod onkoloških bolesnika (39). Autori pokazuju da će pacijenti mlađi od 70 godina, oni kojima je važno umrijeti na preferiranom mjestu, zadržati optimizam i uključiti obitelj u odluku ukoliko pacijent nije u mogućnosti, češće preferirati smrt u kućnom okruženju. U ovom istraživanju su analizirane razlike u omjerima ispitanika koji preferiraju posljednje dane života provesti kod kuće ili u bolnici s obzirom na spol, roditeljstvo, bračni status, strah od smrti, njegovatelj u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja.

Hi kvadrat testovima se utvrdilo da preferirani način skrbi na kraju života nije povezan sa spolom, strahom od smrti i subjektivnim osjećajem zdravlja. Međutim, rezultati pokazuju da je omjer ispitanika koji preferiraju skrb na kraju života u bolnici ili kod kuće povezan s **bračnim statusom, činjenicom imaju li djece ili njegovatelja u starosti**. Dakle, oni koji imaju djecu u većem postotku preferiraju kućnu njegu u posljednjim danima života u usporedbi s bolnicom, dok oni koji nemaju djecu podjednako preferiraju njegu kod kuće i u bolnici. Nadalje, samci, udovci ili rastavljeni u većem postotku preferiraju bolničku njegu u odnosu na one koji su u braku ili izvanbračnoj zajednici. Kućnu njegu podjednako preferiraju, bez obzira na bračni status. Budući da je partner primarni skrbnik u slučajevima ovisnosti o njezi drugih, život s partnerom omogućuje kućnu njegu, ali češće muškarcima nego ženama. To može biti jedan od razloga zašto se u staračkom domu nalazi dvostruko više žena nego muškaraca (32% naspram 16%) (11). Također, oni koji imaju nekoga tko će se za njih brinuti u slučaju bolesti ili kasne starosti u većem postotku preferiraju kućnu njegu u usporedbi s onima koji nemaju njegovatelja. Njegu u bolnici podjednako preferiraju oni koji imaju njegovatelja u odnosu na one koji ga nemaju.

Kvalitativno su analizirani stavovi ispitanika o patronažnoj skrbi i njezi starijih osoba od strane zajednice. Podaci sugeriraju da je pacijentima važna i potrebna patronažna zdravstvena skrb, a nešto manje smatraju važnim posjete gerontodomaćica. Što se tiče zadovoljstva uslugama patronažne skrbi, preko 90% ispitanika iskazuju zadovoljstvo uslugom posjete patronažne sestre ili gerontodomaćice. Također, većina ispitanika smatra da bi patronažna skrb trebala biti učestalija. Kada je riječ o kvaliteti skrbi za starije osobe od strane zajednice (grada, općine i države), ocjene su nešto niže. Samo manjina ispitanika smatra brigu o starijim osobama kvalitetnom (oko 16%), a čak oko 64% ispitanika brigu o starijima od strane države, grada i/ili općine ne smatra kvalitetnom. Skoro svi ispitanici se dijele stav da bi zajednica trebala uložiti više truda u njegu starijih, organizirati dodatne timove pomoći starijima i prijevoz do liječnika, trgovine, pošte i sl. i da postoji povećana potreba za dnevnim boravcima s uključenim prijevozom za starije osobe. Takvi rezultati sugeriraju da bi trebalo sustavno uvesti i planirati nove oblike pomoći starijima, dodatne sadržaje i dodatnu radnu snagu. Unaprjeđenje kvalitete života starijih osoba je kontinuiran proces koji počinje usvajanjem zdravih životnih navika od mladosti, nastavlja se promocijom zdravlja i prevencijom bolesti sve do smrti. Porast broja starijih osoba zahtijeva promjene u obrazovnom, zdravstvenom i socijalnom sektoru, pri čemu u svemu tome vrlo važnu ulogu ima i fakultetski obrazovano sestrinstvo.

Ovo istraživanje ima nekoliko prednosti, ali i nedostataka. Prvo, prikupljeni su vrijedni podaci koji sadrže mišljenja pacijenata o preferiranoj skrbi na kraju života dok su još u mogućnosti sami odlučivati i iznijeti svoj stav. Najčešće su te informacije teže dostupne liječnicima jer mnogi pacijenti budu hospitalizirani kada im je smrt jako blizu pa im je i sposobnost odlučivanja ograničena. Drugo, u literaturi nedostaje istraživanja na temu odlučivanja o mjestu smrti na području Europe, a pogotovo na području Republike Hrvatske, pa ovaj rad može povećati svijest o važnosti te teme za unaprjeđenje brige o starijima i palijativne skrbi. Međutim, korištenje kategorijalnih varijabli, kvalitativnih analiza i neparametrijskih statističkih metoda, ograničava donošenje zaključaka o uzročno-posljedičnim vezama. Također, upitnik stavova starijih osoba o kvaliteti skrbi analiziran je samo deskriptivno pa nije provjeravana njegova valjanost i pouzdanost. Za potrebe kvantitativne analize upitnika stavova, bilo bi potrebno napraviti pilot-istraživanje s prvotnim česticama pa tek onda na temelju analize kreirati konačan upitnik, što je putokaz za buduća istraživanja.

6. ZAKLJUČAK

Dobiveni rezultati ovog istraživanja mogu poslužiti kao polazišna točka i smjernica zdravstvenim ustanovama i patronažnoj zdravstvenoj skrbi na području Istarske županije, ali i šire, kako bi unaprijedile skrb starijih ljudi na kraju života, ali i općenito njegu umirovljenika. Budući da se želje osoba koje žele umrijeti kod kuće rijetko realiziraju, potrebno je posvetiti se holističkom pristupu kako bi smrt u kućnom okruženju bila dostupna i moguća za veći broj pacijenata koji to žele. Činjenica je da je Istarskoj županiji, kao i u ostatku države manjak institucionalnih, ali i izvaninstitucionalnih oblika skrbi koje su trenutno na raspolaganju starijim osobama, a to sve zbog porasta broja starijih osoba. S jedne strane imamo tijekom godina kvalitetniju zdravstvenu skrb zbog razvoja medicine i tehnologije koja je direktno utjecala na produljenje života, ali se pritom zanemarila stvarna potreba čovjeka kao i njegove želje. Ako želimo unaprijediti čimbenike će služiti poboljšanju kvalitete života i trenutke neposredno prije smrti, onda se trebamo kao zajednica zajedničkim snagama potruditi da se to i ostvari. Od strane države, županija, općina i gradova koje bi trebale više pridonijeti u financijskom obliku, do podizanja svijesti mlađe populacije kroz volonterske akcije kako bi se od malena poticalo djecu i mlade što bi sve mogli napraviti da doprinesu produženju i godina i kvalitete života starijim osobama kroz kvalitetniju starost. U konačnici, svi mladi će jednom postati stari te će se potrebe sa godinama samo povećavati. Ne događaju se u toku noći promjene, niti se mijenja svijet, ali se malim koracima gradi sigurno temelje za bolju budućnost i sretnu starost.

Brigu o starijim osobama, promicanje zdravlja, prevenciju bolesti, kvalitetnu palijativnu skrb za umiruće sigurno vrlo kvalitetno mogu planirati, organizirati i provoditi fakultetski obrazovane prvostupnice i magistri/e sestrinstva, te u tom smislu treba organizirati i provoditi njihovo cjeloživotno educiranje.

7. LITERATURA

1. Vuletić, G i sur. Kvaliteta života i zdravlje. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, 2011. str. 95-118.
2. Havelka, M. Stres i tjelesno zdravlje. U: Havelka M, ur. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998. str. 209-210.
3. Warner Schaie, K, Willis, SL. Psihologija odrasle dobi i starenja Jastrebarsko: Naklada slap, 2001.
4. Državni zavod za statistiku (mrežna stranica). Zagreb: Državni zavod za statistiku. <https://dzs.gov.hr/>
5. Statistički ured Europskih zajednica (Eurostat) (mrežna stranica). (citirano 25. ožujka 2023). Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat>
6. Vuletić, G, Stapić, M. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. Klinička psihologija. 2013;6(1-2):45-61.
7. Jedvaj, S, Štambuk, A, Rusac, S. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti. 2014;1(1):135-154.
8. Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (mrežne stranice). Zagreb: Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike (citirano 22. ožujka 2023). Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/>
9. Nuffiel trust (mrežna stranica). London: Nueffiel trust. (ažurirano 07. lipnja 2023, citirano 30. kolovoza 2023). End of life care: we look at trends in the quality of end of life care. Dostupno na: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/end-of-life-care>
10. Office for national statistics (mrežna stranica). (citirano 03. rujna 2023). Dostupno na: <https://www.ons.gov.uk/>
11. Penneç, S, Gaymu, J, Riou, F, Morand, E, Pontone, S, Aubry, R i sur. A majority of people would prefer to die at home, but few actually do so. Population Societies. 2015;524(7):1-4.
12. National records of Scotland (mrežna stranica). (citirano 02. rujna 2023). Dostupno na: <https://www.nrscotland.gov.uk/>
13. Duraković, Z. Gerijatrija: medicina starije dobi. Zagreb: C.T. - Poslovne informacije, 2007.
14. Despot Lučanin, J. Iskustvo starenja - doprinos teoriji starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
15. Havelka M, editor. Zdravstvena psihologija. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
16. Laklija, M, Rusac, S, Žganec, N. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj iu zemljama Europske unije. Revija za socijalnu politiku. 2008;15(2):171-188.
17. Stavljenić-Rukavina, A, Mittermayer, R, Tomek Roksandić, S, Mustajbegović, J. Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba. Zagreb, 2012.
18. Lučanin, JD. Psihologija starenja–izazovi i prilagodba. Jastrebarsko: Naklada slap, 2022.
19. Hrvatski Crveni križ (mrežna stranica). Zagreb: Hrvatski Crveni križ. (citirano 22. ožujka 2023). Dostupno na: <https://www.hck.hr/>
20. Crveni Križ Buje (mrežna stranica). Buje: Crveni Križ Buje. (citirano 22. ožujka 2023). Dostupno na: <https://www.crvenikrizbuje.hr/>
21. Tomek-Roksandić, S, Perko, G, Mihok, D, Puljak, A, Radašević, H, Čulig et al. Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. Medicus. 2005;14(2):177-193.
22. Krugovi – centar za edukaciju, savjetovanje i humanitarno djelovanje (mrežna stranica). Zanimanje: “osobni asistent/ gerontodomačica”. (citirano 22. ožujka 2023). Dostupno na: <https://krugovi.hr/zanimanje-osobni-asistent-gerontodomacica/>
23. Dom zdravlja Zagreb Istok (mrežna stranica). Zagreb: Dom zdravlja Zagreb Istok. (citirano 25. ožujka 2023). Dostupno na: <https://dzz-istok.hr/>

24. Kanisek, S, Barač, I, Voloder, V. Patronaža- jučer, danas, sutra. Hrvatski časopis za javno zdravstvo. 2016;12(45):57-58.
25. Rimac, B. O sestrinstvu, zanimanju, profesiji, znanstveno utemeljenoj disciplini i budućnosti. Zbornik Sveučilišta Libertas. 2019;4(4):135-154.
26. Europski gospodarski i socijalni odbor (mrežna stranica). Bruxelles: Europski gospodarski i socijalni odbor. Ususret novom modelu skrbi za starije osobe: pouke iz pandemije COVID-a 19. (citirano 22. ožujka 2023). Dostupno na: <https://webapi2016.eesc.europa.eu › content>
27. Kuzma, D, Zovko, A, Vrcelj, S. Kvaliteta života osoba treće životne dobi. U: Sodobne paradigme raziskovanja izobražavanja in učenja odraslih. Ljubljana, 2018. str. 379-391.
28. Junaković, IT, Ambrosi-Randić, N, Nekić, M. Odnos otvorenosti prema iskustvu i uspješnog starenja: Provjera posredujuće uloge životnih žaljenja. Psihologijske teme. 2018;27(3):499-518.
29. Bara, M, Podgorelec, S. Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. Etnološka tribina. 2015;45(38):58-71. Dostupno dana 31.08.2023. na: <https://hrcak.srce.hr/149637>
30. Tucak-Junaković, I, Nekić, M. Percepcija uspješnog starenja u starijih osoba. Acta Iadertina. 2016;13(2):171-187. Dostupno dana 31.08.2023. na: <https://hrcak.srce.hr/190147>
31. Rijavec, M. Kolumna: uspješno starenje. Medix, specijalizirani medicinski dvomjesečnik. 2011;17(96):105-106. Dostupno dana 31.08.2023. na: <https://hrcak.srce.hr/86679>
32. Galenkamp, H, Gagliardi, C, Principi, A, Golinowska, S, Moreira, A, Schmidt, AE i sur. Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. European Journal of Ageing. 2016;13(2):129-143. Dostupno dana 01.09.2023. na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4902842/>
33. Lepan, Ž, Leutar, Z. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline. 2012;21(2):203-224. Dostupno dana 01.09.2023. na: <https://hrcak.srce.hr/84015>
34. Močnik, A, Neuberg, M, Canjuga, I. Tjelesna aktivnost starijih osoba smještenih u stacionarnim ustanovama. Tehnički glasnik. 2015;9(1):112-119. Dostupno dana 01.09.2023. na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=203379
35. Chun, YJ, Patterson, PE. A suggestion for future research on interface design of an internet-based telemedicine system for the elderly. Work. 2012;41 suppl 1:353-356. Dostupno dana 02.09.2023. na: <https://content.iospress.com/articles/work/wor0181>
36. Almeida, OP, Yeap, BB, Alfonso H, Hankey, GJ, Flicker, L, Norman, PE. Older men who use computers have lower risk of dementia. Plos one. 2012;7(8):1-6. Dostupno dana 02.09.2023. na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044239>
37. Marasović, S, Blažeka Kokorić, S. Uloga plesa u unapređenju aktivnog životnog stila i kvalitete života starijih osoba. Revija za socijalnu politiku. 2014;21(2):235- 254.
38. Beuzart, P, Ricci, L, Ritzenthaler, M, Bondu, D, Girardier, J, Beal, JL. Regards sur les soins palliatifs et la fin de vie: résultats d'une enquête réalisée sur un échantillon de la population française. La Presse médicale (1983). 2003;32(4):152-157.
39. Gomes, B, Higginson, IJ, Calanzani, N, Cohen, J, Deliens, L, Daveson, BA i sur. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Annals of oncology. 2012;23(8):2006-2015.

8. PRIVITCI

PRIVITAK A: Popis ilustracija

Tablice

Tablica 1. <i>Dobna struktura stanovništva prema glavnim dobnim skupinama, 2006. i 2016.</i>	1
Tablica 2. <i>Sociodemografski podaci ispitanika izraženi u frekvencijama, postocima i modu.</i> ..	24
Tablica 3. <i>Frekvencija i postoci odgovora ispitanika na čestice upitnika</i>	25
Tablica 4. <i>Tablica kontingencije (preferirana skrb na kraju života s obzirom na varijable: spol, roditeljstvo, bračni status, strah od smrti, njegovatelj u starosti i subjektivni osjećaj zdravlja)(N=93)</i>	30
Tablica 5. <i>Deskriptivni podaci (aritmetička sredina, standardna devijacija, medijan i mod) i frekvencije odgovora ispitanika za čestice upitnika stavova o kvaliteti njege starijih osoba</i> ...34	

Slike

Slika 4. <i>Vrste hobija (%)</i>	26
Slika 5. <i>Preferirani način skrbi na kraju života (%)</i>	27
Slika 6. <i>Preferirana skrb na kraju života s obzirom na roditeljstvo</i>	31
Slika 4. <i>Preferirana skrb na kraju života s obzirom na bračni status</i>	32
Slika 5. <i>Preferirana skrb na kraju života s obzirom na njegovatelja u starosti</i>	33
Slika 6. <i>Stav ispitanika o važnosti posjete patronažne sestre</i>	35
Slika 7. <i>Stav ispitanika o važnosti posjete gerontodomačice</i>	35
Slika 8. <i>Stav ispitanika o zadovoljstvu uslugom patronažne skrbi</i>	36
Slika 9. <i>Stav ispitanika o većim potrebama za patronažnim uslugama</i>	36
Slika 10. <i>Stav ispitanika o kvaliteti njege starijih osoba u zajednici</i>	37
Slika 11. <i>Stav ispitanika o potrebi za ulaganjem većeg truda u njezi starijih osoba</i>	37
Slika 12. <i>Stav ispitanika o potrebi za dodatnim timovima pomoći starijima</i>	38
Slika 13. <i>Stav ispitanika o potrebi za organiziranim prijevozom za starije</i>	38
Slika 14. <i>Stav ispitanika o potrebi za povećanjem dnevnih boravaka za starije osobe</i>	39

PRIVITAK B: Anketni upitnik za pacijente

1. DIO: Demografski podaci

Molim Vas da ispunite pitanja vezana uz Vaše demografske podatke.

Spol: M Ž

Dob: _____

Vaš bračni status:

- a) samac
- b) u vezi
- c) u braku
- d) u izvanbračnoj zajednici
- e) rastavljen/a
- f) udovac/udovica

Imate li djecu? DA NE

Nabrojite s kim živite u svojoj obitelji: _____

2. DIO: Osobni stavovi i razmišljanja

Molim Vas da ispunite pitanja vezana uz Vaš način života i razmišljanje o starosti.

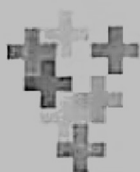
Tvrdnja	DA	NE
Posjećuje li Vas patronažna sestra?	DA	NE
Posjećuje li Vas gerontodomaćica?	DA	NE
Imate li prijatelje/bliske osobe sa kojima redovito održavate kontakte?	DA	NE
Imate li hobije?	DA	NE
Ako je prethodni odgovor bio DA, zaokružite svoje hobije: a) sport b) kartanje c) šetnja d) korištenje mobitela/tableta e) pisanje/crtanje f) kuhanje g) rad u vrtu h) ostalo: _____		
Osjećate li se zdravo?	DA	NE
Jeste li ranije u mladosti razmišljali što će biti sa Vama kad budete stariji i nemoćni?	DA	NE
Imate li nekoga tko će se brinuti za Vas u slučaju bolesti, kasne starosti ili nemoći? (npr. supružnik, djeca, prijatelji, susjedi)	DA	NE
Bojite li se smrti?	DA	NE
Jeste li ikada razmišljali o mjestu na kojem biste željeli provesti svoje posljednje dane?	DA	NE
Ako je prethodni odgovor bio DA, koje ste mjesto zamišljali? a) bolnicu (stacionar, dom za umirovljenike...) b) vlastiti dom		
U dvije rečenice navedite zašto bi bilo bolje dočekati starost i umrijeti kod kuće ili u nekoj ustanovi.		

Molim Vas da ispunite pitanja vezana uz usluge skrbi o starijim osobama.

Pokraj tvrdnji zaokružite odgovor koji smatrate najprikladnijim za Vas, na skali od 1 do 5, pri čemu 1 znači „Uopće se ne slažem“, a 5 „U potpunosti se slažem“.

	Uopće se ne slažem	Uglavnom se ne slažem	Neodlučan sam	Uglavnom se slažem	U potpunosti se slažem
Važno mi je da me posjećuje patronažna sestra.	1	2	3	4	5
Važno mi je da me posjećuje gerontodomaćica.	1	2	3	4	5
Zadovoljan/na sam uslugom posjete patronažne sestre/gerontodomaćice.	1	2	3	4	5
Patronažne sestre/gerontodomaćice bi trebale češće dolaziti.	1	2	3	4	5
Briga od strane države/grada/općine prema starijim osobama je kvalitetna.	1	2	3	4	5
Država/grad/općina bi se trebali više zauzeti za pomoć starijima u kući.	1	2	3	4	5
Država/grad/općina bi trebali organizirati dodatne timove pomoći u kućama.	1	2	3	4	5
Stariji bi trebali imati organizirani prijevoz za njihove potrebe (liječniku, u trgovinu, na poštu...).	1	2	3	4	5
Starijima bi trebalo osigurati više dnevnih boravaka sa uključenim prijevozom.	1	2	3	4	5

Hvala Vam na sudjelovanju!



Istarski domovi zdravlja
Case della salute dell'Istria
Flanatička 27, Pula

KLASA: 023-01/17-01/08
URBROJ: 2168/01-59-49-01-1/801-23-172
Pula, 14.06.2023.

Etičko povjerenstvo zdravstvene ustanove Istarski domovi zdravlja - Case della salute dell'Istria, temeljem odredbe članka 44. Statuta zdravstvene ustanove Istarski domovi zdravlja, postupajući po zamolbi Nataše Gašparini Milanović na sjednici održanoj 14.06.2023. godine, donijela je

ODLUKU

1. Daje se suglasnost Nataši Gašparini Milanović za provedbu istraživanja pod nazivom: "Izazovi sestrinstva u prevenciji bolesti i promociji zdravlja u starijoj životnoj dobi" radi izrade diplomskog rada.
2. Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja.

Zamjenica Predsjednika Etičkog
povjerenstva
Dena Didović, dr. med.,
spec. opće/obit. medicine

Dostaviti:

1. Nataša Gašparini Milanović, Marcani 131J, Gračišće
2. Pismohrana

KRATAK ŽIVOTOPIS PRISTUPNIKA

Zovem se Nataša Gašparini-Milanović, rođena sam 22.09.1984. godine u Puli, živim u selu Marcani u Općini Gračišće. Osnovnu školu sam završila u Višnjanu, a potom sam upisala srednju Medicinsku školu u Puli. Na kraju četvrtog razreda srednje škole, 2004. godine, rodila sam prvu kćer po imenu Kelly te se tada i udala. Nakon porodiljnog dopusta stažirala sam u OB Pula. Prvi sam se put zaposlila 2006. godine u zdravstvenoj njezi u kući u Pazinu. Potom sam nakon otprilike dvije godine prešla u OB Pula na odjel hemodijalize. Nakon gotovo dvije godine rada na hemodijalizi izglasan je zakon da tamo smiju raditi samo sestre prvostupnice te sam po isteku ugovora prešla na kirurgiju (abdominalna i torakovaskularna). To mi je bila motivacija za nastavak školovanja te sam 2011. godine upisala Preddiplomski sveučilišni studij Sestrinstvo u Rijeci. S obzirom da sam bila putnik, morala sam se odreći rada u bolnici zbog putovanja te sam se ponovno vratila u zdravstvenu njegu u kući kao na početku karijere. Tu mi je u potpunosti bilo omogućeno dobiti dane potrebne za slušanje predavanja. Nakon završenog prvostupništva u redovnog roku, dobila sam priliku raditi na hemodijalizi u Labinu ili patronaži Buje (ispostava Umag), ali sam prije toga morala 3 mjeseca odraditi u zubnoj ambulanti u Labinu 2015. godine, što je pripadalo Istarskim domovima zdravlja. Zatim sam odlučila raditi u patronažnoj službi u ispostavi Umag (Buje) gdje sam ostala do dana današnjega. Godine 2018. sam dobila i drugu kćer po imenu Norah koja je imala svega tri i pol godine kada sam, na nagovor sada već bivše glavne sestre, odlučila upisati Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu 2021. godine te i njega završila u roku.

Godine 2011. sam počela volontirati za BKOSIŽ „Istrijana” u Puli te nedugo zatim i za DDI- Pula. U „Istrijani” sam nakon nekog vremena postala tajnik, kasnije i član Upravnog vijeća. Nažalost, zbog obveza koje je sa sobom nosio diplomski studij, morala sam podnijeti ostavku u BKOSIŽ, jer je to zahtijevalo mnogo sastanaka i prisustva, ali sam i dalje ostala kao volonter i za BKOSIŽ i za DDI- Pula.