

Medicinske sestre i emocionalni doživljaji starijih osoba koje žive u domu za starije i nemoćne osobe

Puljić, Marijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:891466>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-06-26**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 843/SS/2016

**Medicinske sestre i emocionalni doživljaji starijih osoba
koje žive u domu za starije i nemoćne osobe**

Marijana Puljić, 4900/601

Varaždin, lipanj, 2017. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 843/SS/2016

**Medicinske sestre i emocionalni doživljaji starijih osoba
koje žive u domu za starije i nemoćne osobe**

Student

Marijana Puljić, 4900/601

Mentor

Melita Sajko dipl. med. techn.

Varaždin, lipanj, 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | | |
| PRISTUPNIK | Marijana Puljić | MATIČNI BROJ | 4900/601 |
| DATUM | 22.11.2016. | KOLEGIJ | Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika |
| NASLOV RADA | Medicinske sestre i emocionalni doživljaji starijih osoba koje žive u domu za starije i nemoćne osobe | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Nurses and emotional experiences of older people living in a nursing home | | |
| MENTOR | Melita Sajko dipl.med.techn. | ZVANJE | predavač |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. Marijana Neuberg, mag.med.techn., predsjednik 2. Melita Sajko dipl.med.techn., mentor 3. Damir Poljak, dipl.med.techn., član 4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član 5. _____ | | |

Zadatak završnog rada

| | |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BROJ | 843/SS/2016 |
| OPIS | <p>Starost je normalni dio života koji ne zadrživo dolazi nakon perioda u kojem dominira rast i razvoj. Nastupaju procesi razgradnje, počinje starost. Ponašanje ljudi, članova obitelji i okoline prema starijim osobama ima vrlo značajnu ulogu u njihovoj boljoj ili lošijoj adaptaciji na novo razdoblje u životu. Kod starijih osoba emocije su slabijeg intenziteta ali zato duže perzistiraju. Neraspoloženje i umanjen osjećaj sreće kod starijih osoba često nastaju zbog novonastale socijalne situacije, ekonomske nesigurnosti, slabije radne aktivnosti, lošijega zdravlja i slično.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- opisati demografsko starenje- opisati teorije starenja- opisati promjene u organima i organskim sustavima tijekom fiziološkog starenja- opisat rizične čimbenike bolesnog starenja- opisati koncept i organizacija rada u domu za starije i nemoćne osobe- opisati ulogu glavne medicinske sestre i ostalih medicinskih sestara u domu za starije i nemoćne osobe- navesti cilj i probleme istraživanja- objasniti metodologiju i instrumente obrade podataka- objasniti i raspraviti rezultate istraživanja |

ZADATAK URUČEN

08.01.2017.



Melita Sajko

Predgovor

Ovaj završni rad posvećujem svojoj obitelji koja mi je bila velika podrška tokom studiranja.

Posebno se zahvaljujem mentorici gđi. Meliti Sajko, dipl. med. techn. na pomoći i savjetima kojima mi je pomogla da uspješno napišem ovaj rad.

Zahvaljujem se odjelnom psihijatru dr. Borna Josip Godan koji me je tijekom istraživanja usmjeravao i pomogao svojim iskustvima kao i prof. Volgi Škvorinić klinička psihologinja.

Također, želim se zahvaliti svim predavačima, suradnicima i kolegama na pruženoj podršci i pomoći kroz studij.

Sažetak

Starost je normalni dio života koji ne zadrživo dolazi nakon perioda u kojem dominira rast i razvoj. Nastupaju procesi razgradnje, počinje starost. Problemi starenja mogu se analizirati sa više aspekata, u gerontosociopsihologiji istražuje se emocionalnost starijih osoba. Demografsko starenje ili promjene u dobnoj strukturi stanovništva, očituje se smanjenim brojem mladih i povećanjem broja starih u populaciji. Dobna struktura hrvatskog pučanstva mijenja se iz godine u godinu, svakim danom hrvatsko stanovništvo je sve starije i starije.

Cilj i problemi istraživanja su: upoznati, analizirati i prikazati emocionalne probleme starijih osoba koje žive u domu umirovljenika, prikazati zastupljenost pojedinih emocija u njihovom emotivnom životu, pronaći eventualne mogućnosti za rješavanje emocionalnih problema starih osoba.

Za analizu emocionalnih problema starih ljudi anketirano je 100 ispitanika, korisnika doma za starije i nemoćne osobe. Druga skupina čini profesionalno osoblje (N=50) koje radi u domu te je generacijski znatno mlađe. Instrumenti koji su korišteni u istraživanju su Kratko ispitivanje mentalnog statusa – MMSE-2 (Marshal F.Folstein, Susan E.Folstein, TravisWhite, MElissa A.Messer, ur.hrv.izdanja prof.dr.sc.Vlado Jukić) i upitnik (autor upitnika Marijana Puljić uz konzultaciju prof. Volge Škvorinić – klinička psihologinja i dr. Borne Josipa Godana – specijalist psihijatrije).

Od ukupno 100 (N=100) ispitanika korisnika doma većina je u dobi između 80 i 90 godina (65%). Prosječno trajanje boravka ispitanika (N=100) u domu umirovljenika je 4 godine, dakle to su dobro adaptirane osobe na uvjete života u domu umirovljenika.

Psihičko stanje korisnika doma prema procjeni medicinskog osoblja je vrlo dobro jer 80% ispitanika pokazuje vrlo stabilno psihičko stanje.

Subjektivna ocjena kvalitete života ispitanika prema zadovoljstvu sa sadašnjim životom također je zadovoljavajuća. Od 100 ispitanika (78%) dalo je odgovor da su prilično zadovoljni sa sadašnjim životom.

KLJUČNE RIJEČI: stare osobe, starenje, kvaliteta života, dom umirovljenika, emocije i subjektivna procjena kvaliteta života.

Summary

Getting old or aging is one of the natural part of life that is coming after the period where growing up and development are more dominated. In this period, the processes of the development are stopping and starting to regress, this is very popular as „getting old“ term in everyday life. Problems of aging people can be analysed over more aspects, but in [geronto socio-psychology](#) the emotional state of the old persons is the principal object of study. Demographic age of population or changes in the age structure of citizenships are represented by decreasing number of young people and increasing number of old people in the global population. Age structure of Croatian citizenships is changing from year to year, and every day Croatians people is increasingly getting older.

The objective and problems of this research are : recognize, analyse and show emotional problems of old persons living in the nursing home, to show the presence of some special emotions in their emotional life, to find out eventual possibilities for resolving of their emotional problems.

For analyse of emotional problems of old persons, the survey was done on sample of 100 analysed persons, that are all living in the nursing home. Other section of analysed persons is professional medical persons (N=50) that are working in the nursing home and that are much younger. Instruments that were used in this research are Short survey of mental status (Marshal F.Folstein, Susan E.Folstein, TravisWhite, MELissa A.Messer, in croatian edition prof.dr.sc.Vlado Jukić) and survey (author of survey Marijana Puljić with consultation of prof. Volge Škvorinić – clinical psychologist and dr. Borna Josipa Godana – psychiatric specialist).

From totally 100 analysed persons (N=100) in the nursing home, most of them are in the age in-between 80 and 90 years (65%). Average of their staying (N=100) in the nursing home is 4 years, so the conclusion is that those are very good adapted old persons to the conditions in the nursing home.

Psychical state of persons living in nursing home, according to the analyse of medical personnel, is very good, as 80% of analysed old persons are showing very stable psychical state.

Subjective analyse of life quality of those samples of analysed peoples comparing the satisfaction with their actual life is also satisfying. From 100 analysed people (78%) of them gave answer that they are quite satisfied with their lives today.

KEY WORDS: Old persons, age, getting old, life quality, nursing home, emotions and subjective analyse of life quality

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

HZZS – Hrvatski zavod za statistiku

DZZS – Državni zavod za statistiku

NN – Narodne novine

BDP – Bruto društveni proizvod

UN – Ujedinjeni narodi

RH – Republika Hrvatska

CZG ZZJZGZ – Centar Zagreb Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba

DND - dezoksiribonukleinska kiselina

RNA – ribonukleinska kiselina

pH – vrijednost je broj koji služi kao mjera kiselosti odnosno lužnatosti vodenih otopina

HACCP - hazard analysis and critical control points - sigurnost hrane (pronalaženje i analiza kritičnih kontrolnih točki u distribuciji hrane)

N – broj ispitanika

NSS – niža stručna sprema

SSS - srednja stručna sprema

VŠS – viša školska sprema

VSS – visoka stručna sprema

MMSE 2 – Mini Mental State Exam

EKG – elektrokardiomigrafija

N4 – nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje

Sadržaj

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Uvod..... | 1 |
| 2. Demografsko starenje | 4 |
| 2.1. Teorije starenja | 7 |
| 2.1.1. Genetičke teorije starenja | 7 |
| 2.1.2. Fiziološke teorije starenja..... | 7 |
| 2.2. Promjene u organima i organskim sustavima tijekom fiziološkog starenja | 9 |
| 2.3. Rizični čimbenici bolesnog starenja | 11 |
| 3. Koncept i organizacija rada u domu umirovljenika | 14 |
| 3.1. Medicinske usluge | 14 |
| 3.2. Medicinska sestra u Domu umirovljenika | 15 |
| 4. Cilj i problemi istraživanja..... | 17 |
| 5. Ispitanici i metode..... | 18 |
| 5.1. Ispitanici | 18 |
| 5.2. Instrumenti..... | 19 |
| 5.3. Postupak..... | 20 |
| 6. Rezultati | 21 |
| Nadalje su tablično prikazani rezultati istraživanja. Tablica 6.1. prikazuje distribuciju ispitanika prema životnoj dobi. | 21 |
| 7. Rasprava..... | 30 |
| 8. Zaključak..... | 34 |
| 9. Literatura..... | 36 |
| Popis slika i tablica..... | 37 |

1. Uvod

Analizirajući demografske promjene koje su se dogodile u prošlom stoljeću, u populaciji se vrlo jasno uočava povećanje udjela starih osoba (iznad 65 godina). Međutim taj postotak početkom prošlog stoljeća iznosio je svega 3%, krajem stoljeća penje se na 15,6% starijih osoba. [1]

Dva su osnovna razloga toga povećanja: u drugoj polovici prošlog stoljeća, smanjuje se stopa nataliteta, a također se smanjuje i stopa mortaliteta. [2] Dakle životni vijek se produžio, medicinska znanost bitno napreduje te olakšava zdravstveni aspekt produženoga života. Postavlja se pitanje kvalitete svakodnevnoga života starih ljudi te koliko su oni zadovoljni istim. [2]

Kvaliteta života postaje sve relevantnija tema istraživača različitih struka (od medicine i ekonomije, do politike i psihologije). Svaka od navedenih znanosti pokušava definirati kvalitetu života te pratiti njezine promjene. Suvremena shvaćanja jasno pokazuju da kvaliteta života uključuje sve aspekte života pojedinca te da na nju djeluje cijeli niz vrlo različitih čimbenika. Teoretičari su 50-ih i 60 ih godina prošlog stoljeća smatrali da je za procjenu kvalitete života dovoljno procjena socioekonomskoga statusa pojedinca. No vrlo brzo se pokazalo da socioekonomski status nije nužno dovoljan preduvjet zadovoljstva vlastitim životom. Istraživači su dokazali da je prijeko potrebno uključiti subjektivnu procjenu pojedinca. Objektivne mjere su mjerljivi pokazatelji stvarnosti u kojima se ispitanik nalazi (BDP, dostupnost različitih službi i usluga) dok se subjektivnim mjerama ukazuje na razlike pojedinaca u opažanju stvarnih uvjeta života kao što su: zdravlje, socijalni odnosi i sl. Nemoguće je procijeniti kvalitetu života pojedinaca na osnovi poznavanja objektivnih uvjeta u kojima živi ili objektivnih poteškoća koje ga opterećuju kao što su: starost, bolest ili briga o drugoj osobi. [3]

Ako su zadovoljene osnovne životne potrebe pojedinaca, povećanje materijalnog bogatstva neće značajno utjecati na subjektivnu mjeru kvalitete života. [3]

Ponašanje ljudi, članova obitelji i okoline prema starijim osobama ima vrlo značajnu ulogu u njihovoj boljoj ili lošijoj adaptaciji. Stareći čovjek sve više osjeća kao da mu život

promiče. Problemi starenja mogu se analizirati sa više aspekata, u gerontologiji i psihologiji istražuje se emocionalnost starijih osoba. Emocionalnost pokazuje velike individualne razlike i veliku ovisnost o senzornim i socijalnim poticajima. [4]

Emocije kod starih ljudi, kako pokazuju istraživanja se mijenjaju, najčešće prema apatiji. Rigidnost koja je karakteristična za motoriku i mišljenje očituje se i u emocionalnom životu starijih osoba. Oni se manje emocionalno uzbuđuju i pokazuju manje entuzijazma nego mlađe osobe. Vrlo često se kod starijih osoba pokazuju emocionalne reakcije, slične kao kod djece: znakovi regresije, negativizma i razdražljivosti. Starije osobe se brže iscrpljuju, duže oporavljaju i manje su sposobni brzom prelasku iz jednog emocionalnog stanja u drugo. Strah i potištenost se obično duže zadržavaju. Na neki način emocije starih ljudi su više usmjerene prema vlastitim potrebama, za razliku od ponašanja u mlađim danima, kada je empatija u većoj mjeri zastupljena.

Kod starih osoba emocije su slabije izražene, ali zato duže perzistiraju. Neraspoloženje i osjećaj nesretnosti kod starijih često nastaju zbog novonastale socijalne situacije, ekonomske nesigurnosti, slabije radne aktivnosti, lošijeg zdravlja i slično. [5]

- Interes za kulturne i rekreativne aktivnosti
- Slabiji interes za druge – veći interes za sebe
- Suženje prijateljskog kruga
- Slabije sklapanje novog prijateljstva
- Veliki emocionalni problem činjenice umirovljenja
- Vrlo teška prilagodba na smrt bračnog partnera
- Obrazovanje, interesi i aktivnosti, zdravlje i ekonomske mogućnosti značajni su čimbenici u motivaciji za životom, kako u mladosti tako i u starosti
- Odnosi sa djecom u starosti [5]

U starijoj životnoj dobi struktura osobnosti se ne mijenjaju, one se još više učvršćuju. Kvalitetu života se može definirati kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njezina specifičnoga životnoga iskustva. [3] S povijesnog gledišta najvažnija je hipoteza da je starenje posljedica postupnog gubitka specifične životne energije. [3] Iz pradavnih vremena potječu tumačenja o starenju koja su zadržana u mitovima, ta tumačenja su utkana u razne religije i na takav su način pomogla ljudima da lakše prihvate

misterij starenja. Prvi pokušaji da se znanstvenom metodom objasni proces starenja pojavljuju se već u 17. stoljeću (Francis Bacon). [4]

Razlozi porasta zanimanja za proučavanje starenja su : znanstveni, osobni i društveni

- Znanstveni – želi se doznati kako i koliko vrijeme ostavlja promjena na ljudski organizam.
- Osobni – ljudi pokazuju sve veći interes za razumijevanje vlastita razvoja i promjena koje doživljavaju u različitim životnim dobima.
- Društveni – broj starijih osoba stalno se povećava, te se zajednica mora usmjeriti na proučavanje potreba i planiranje skrbi za starije osobe. [6]

2. Demografsko starenje

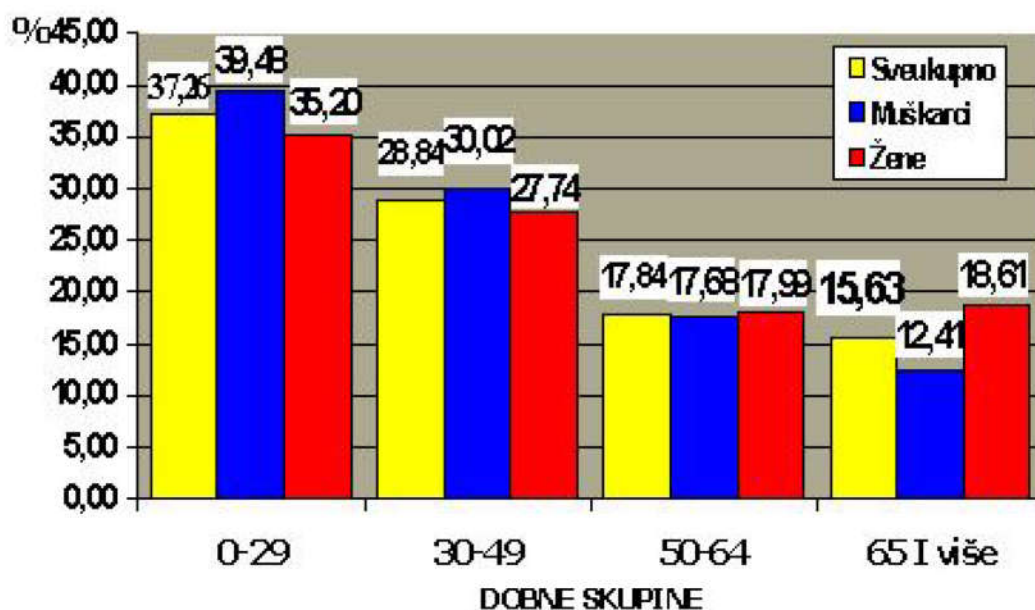
Demografsko starenje ili promjene u dobnoj strukturi stanovništva, očituje se smanjenim broja mladih i povećanjem broja starijih u populaciji. Dobna struktura hrvatskog stanovništva se dramatično mijenja u lošijem smislu – progredira. [1]

Udio starijih ljudi u pučanstvu Republike Hrvatske progresivno raste te se Hrvatska svrstava, prema klasifikaciji UN-a, u četvrtu skupinu europskih država s vrlo starom populacijom. Prema popisu stanovništva iz 1991. godine bilo je 13,1% osoba starijih od 65 godina. U Zagrebu je udio stanovnika starijih od 65 godina bio 10,92%, od toga 35,7% muškaraca i 64,3% žena. [1]

Svaki osmi stanovnik Zagreba bio je stariji od 65 godina. Popis stanovništva za 2001. godinu pokazuje da udio ljudi starijih od 65 godina u Hrvatskoj iznosi 15,62%, od čega se 12,41% odnosi na muškarce, a 18,61% na žene. Ovaj popis pokazuje da je svaki šesti stanovnik Hrvatske stariji od 65 godina. Popis stanovništva iz 2011 godine također ukazuje na porast starije populacije u Hrvatskoj i iznosi 17,7% starijih od 65 godina. [1]

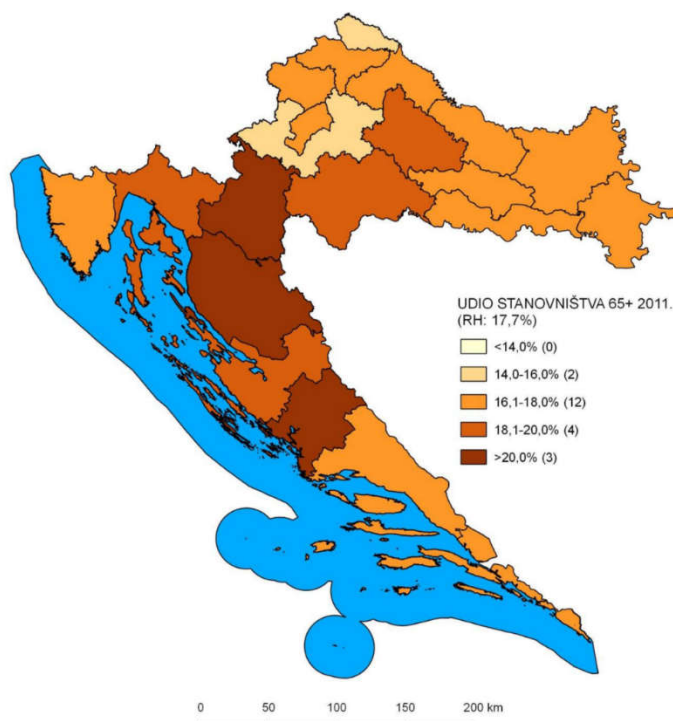
Ljudi starije životne dobi predstavljaju specifičnu, osjetljivu i ranjivu skupinu pučanstva, čiji se udio progresivno povećava, što bitno utječe na zdravstvenu, ekonomsku, socijalnu, obrazovnu i gospodarstvenu strukturu cjelokupnog pučanstva. [1]

Hrvatsko je stanovništvo između 10 i 15 demografski najstarijih nacija na svijetu, a svoje procjene daje na osnovu dosadašnjeg broja rođene djece i iseljenih. Na sljedećoj slici (Slika 2.1.) prikazan je udio starijih od 65 g. po dobi i spolu u RH u 2001. godini.



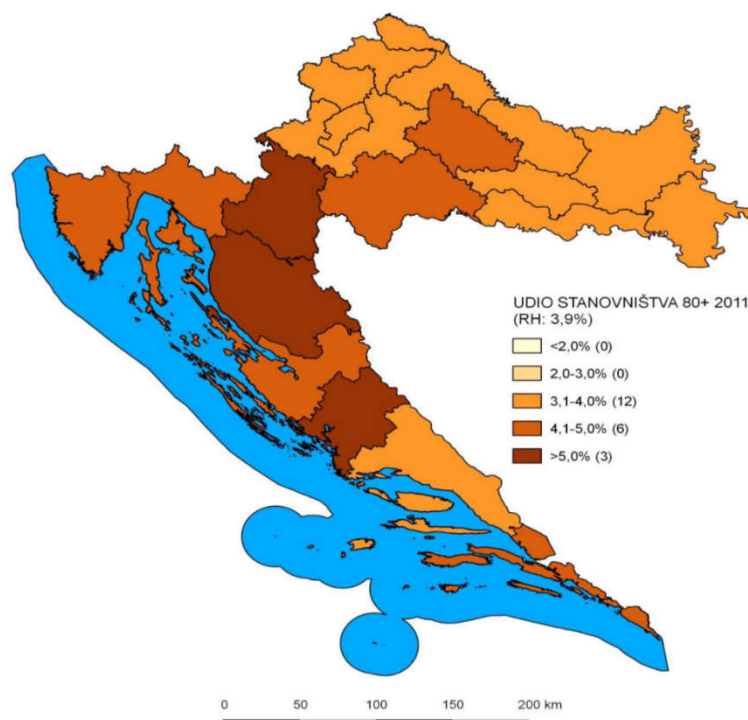
Slika 2.1. udio ljudi starijih od 65 godina u odnosu na ukupno stanovništvo po dobi i spolu u RH u 2001.g. Izvor: DZZS i CZG ZZJZGZ

Slika 2.2. prikazuje ukupni udio stanovništva u dobi 65 i više godina, po županijama u 2011. godini.



Slika 2.2. Udio stanovništva u dobi 65 i više godina, po županijama u 2011. godini.
Izvor: I. Čipin.: Demografski scenarij i migracije, Ekonomski fakultet Zagreb 2014.

Slika 2.3. prikazuje udio stanovništva u dobi od 80 i više godina u 2011. g. po županijama.



Slika 2.3. Udio stanovništva u dobi od 80 i više godina po županijama u 2011.g
Izvor: I. Čipin.: Demografski scenarij i migracije,, Ekonomski fakultet Zagreb 2014.

Postoje poteškoće već pri samom određivanju pojmova što je starenje, kada ono počinje i što je starost. Starijim osobama se smatraju, osobe u dobi od 60 do 75 godina, stare su osobe u dobi od 75 do 90 godina, a veoma stare osobe su osobe iznad 90 godina. Starenje je kompleksan proces koji je pod utjecajem nasljeđa, zdravlja i okolinskih čimbenika. [5]

Nijedna od mnogih bioloških teorija starenja nije u cijelosti prihvaćena, ali većina njih prihvaća jedno od dva osnovna tumačenja starenja: programirano starenje i starenje kao rezultat istrošenosti organizma.[7]

Teorija programiranog starenja pretpostavlja da se procesi starenja zbivaju tijekom cijelog životnog vijeka. Druga teorija govori da tijelo stari zbog stalne uporabe. Prema ovoj teoriji na tijelo možemo gledati kao na stroj čiji se dijelovi stalno troše. Neke se stanice u našem tijelu nikada ne obnavljaju (moždane i srčane stanice), dok kod ostalih stanica sposobnost obnavljanja slabi u funkciji dobi. Duljina trajanja života vjerojatno je genetički predodređena, i čovjek će vjerojatno toliko dugo živjeti kolika ja njegova genetička predodređenost.[7] Osnovno je pitanje koliko su dugo živjeli preci? U današnje će vrijeme

produljenje života ponajprije biti uvjetovano stručnom liječničkom skrbi i kvalitetnom zdravstvenom njegom, jer na genetičku predodređenost mogu utjecati bolesti i ozljede. [8]

2.1. Teorije starenja

Danas se starenje pokušava tumačiti sa niz teorija iste se međusobno isprepliću i neke pretpostavke su im zajedničke, no nijedna ne daje posve zadovoljavajuće objašnjenje. Dopušta se mogućnost prihvaćanja više teorija istodobno. [7]

2.1.1. Genetičke teorije starenja

a) Teorija pogreške

Ova teorija stavlja u prvi plan DNA i RNA kao genetički informacijski sustav stanica. U molekulama se stvara informacija koja se prenosi u enzime i sintezu proteina podložna je pogreški. Takva pogreška može rezultirati nakupljanju molekula koje nisu sposobne pravilno djelovati na izmjenu tvari u stanicama. Iz ove teorije je razvidno da je tjelesni vijek organizma u obrnutom razmjeru sa stopom izmjene tvari. [7]

b) Teorija programiranog starenja

Prema toj teoriji starenje je programirano kao i svako drugo životno doba čovjeka. Teorija programiranog starenja stavlja na prvo mjesto genetički programirano starenje i ukazuje da postoje specifični geni koji dovode do naglih promjena u stanicama, što rezultira starenjem. [7]

2.1.2. Fiziološke teorije starenja

a) Teorija križne povezanosti

Ova teorija utemeljena je na promjenama molekula, uključujući i one koje prenose informacije: DNA i RNA. Osnova teorije leži u činjenici stvaranja kovalentnih veza između dviju ili više molekula, ili zbog njihova povezivanja s vodikom. Stvaraju se agregati molekula, čiji je rezultat gubitak funkcije molekule. DNA se vremenom oštećuje, što rezultira mutacijama i definitivnim propadanjem stanice. Kada se to odnosi na kolagen, on zbog tih procesa tijekom vremena postaje krut, gubi elastičnost i gubi svojstva. Molekula kolagena starenjem postaje sve podložnija križnoj povezanosti. [7]

b) Teorija nakupljanja otpadnih tvari

Teorija nakupljanja otpadnih tvari zasniva se na nalazu pigmenta starenja – lipofuscina. Starenjem se lipofuscin nagomilava u tkivima te im ometa funkciju, to je nakupljanje proporcionalno sa životnom dobi. Lipofuscin je žutozeleni pigment, neki autori ga smatraju produktom autooksidativne reakcije. Bitno je spomenuti da je lipofuscin također problem kod teorije križne povezanosti. Ova teorija se čini vrlo realnom ali još nedostaju čvrsti dokazi. Postoje pokazatelji koji upućuju na to da se količina lipofuscina povećava usporedo s nedostatkom vitamina E, ali ne i obratno. [7]

c) Teorija slobodnih radikala

Slobodni radikali su molekule ili atomi koji sadrže jedan neparni elektron. Taj neparni elektron ima tendenciju stvaranja parnog elektrona, tako da su slobodni radikali vrlo reaktivni, ali kratkog vijeka. Stvaraju se u tijelu u normalnim uvjetima tijekom metaboličkih reakcija (enzimski lanci). Iako uključeni u normalne procese mijene tvari, slobodni radikali ne prodiru u stanice. Mali broj slobodnih radikala koji uđe u stanice vrlo štetno djeluje na organizam. Neki autori smatraju kako slobodni radikali mogu biti uzročnici raznih oštećenja organizma, od promjene kolagena, elastina, DNA, do fibroznih promjena krvnih žila. Također smatraju da su slobodni radikali odgovorni za degenerativne promjene mozga (smatra se da sudjeluju i u razvoju Alzheimerove bolesti), negativan učinak na imunološki sustav i na razvoj zloćudnih tumora. Stoga pojedini autori pokušavaju u liječenju primijeniti antioksidanse, tj. vitamin C i E. Ova teorija podupire gledište da su antioksidansi sredstva koja štite čovjeka i usporavaju proces starenja. [7]

d) Imunološka teorija starenja

Utemeljena je na činjenicama promjena imunološkog sustava, što znači da se protutijela smanjeno proizvode te su manje djelotvorna, što rezultira češćim imunološkim bolestima kod starijih osoba. Timus se smatra središnjim organom u procesu starenja, on atrofira, te primjećujemo da u starijoj životnoj dobi dolazi do značajnih imunoloških promjena i poteškoća. [7]

e) Neuroendokrinološka teorija starenja

Smatra se da neuroendokrini i imunološki sustav imaju bitnu ulogu u mnogim procesima ljudskog organizma. Prema nekim autorima, neuroendokrini sustav je dominantan u

nastajanju procesa starenja. Neke su promjene uočene s povećanjem životne dobi: smanjena koncentracija estrogena u žena, sklonost osteoporozi, gubitak živčanih stanica, smanjuje se težina mozga za jednu petnaestinu, gube se neuroni u kori mozga, hipokampus itd. [7]

Brojne promjene koje se događaju tijekom starenja teško je u cijelosti objasniti neuroendokrinološkom teorijom. Svaka od navedenih teorija ima nedostataka i prednosti, stoga s velikom pouzdanošću možemo odgovoriti na pitanje kako starimo, ali na osnovno pitanje zašto starimo, još uvijek nije u potpunosti moguće odgovoriti. [8]

2.2. Promjene u organima i organskim sustavima tijekom fiziološkog starenja

Prvo osjetilo na koje starenje utječe je osjetilo vida. Pred očima se može pojaviti sjena i mrljice te je potrebno više vremena za prilagodbu oka na promjene svijetla i tame. Vidno polje se smanjuje, a oštrina vida slabi. Paralelno slabi i osjetilo sluha, poglavito za više frekvencije. Gubitak sluha izraženiji je u starijih muškaraca nego kod žena. Osjetilo njuha i okusa također slabe o čemu posebno treba voditi brigu prilikom pripreme hrane. [9]

U starijoj dobi, mišićna masa se smanjuje gotovo za jednu trećinu, poglavito u srednjoj i dubokoj starosti. U mišićnim stanicama se nakuplja enzim lipofuscin, raste količina vezivnog tkiva, te opada broj i veličina mišićnih vlakana. Posljedica ovoga je nedostatak kretanja i tjelovježbe kao i nepravilna prehrana i loša cirkulacija. [9]

Mineralni sastav kosti gubi se u funkciji rasta životne dobi za oko 10%. U starosti kosti gube kalcij, postaju tanje i krhke, a to povećava opasnost od ozljeđivanja i prijeloma te smanjuje sposobnost brzog oporavka. Nakon menopauze žene s godinama postaju sklonije nastanku osteoporoze, a sve je učestalija pojava osteoporoze u muškaraca u vrijeme andropauze. [9]

Što su ljudi stariji to teže udišu i izdišu zrak. Smatra se da je uzrok tome smanjena apsorpcijska površina pluća i njezino smanjenje elastičnosti. Slabljenje dišnih funkcija odražava se na ostale dijelove tijela, jer svaka stanica ovisi o opskrbi kisikom i o uklanjanju ugljičnoga dioksida. Pluća i sternokostalni zglobovi postaju neelastični i time se smanjuje širenje prsnog koša. Stoga je jako važno da stariji ljudi što više vježbaju pravilno disanje, te da borave na svježem zraku i u okolišu koji je bogat zelenilom. [9]

Težina jetre se smanjuje, a time i protok krvi kroz nju. Povećanjem životne dobi smanjuje se jetrena aktivnost, posljedica toga je pojačavanje učinka određenih lijekova. Tijekom starenja prohodnost kroz bubrege smanjuje se za 1% godišnje, počevši već od četrdesete godine života. Zbog toga je neophodan unos tekućine minimalno 2 litre dnevno. [9]

Prema gerontološkim istraživanjima stariji su ljudi niži rastom. Tako su u prosjeku stariji muškarci niži za 7,5 centimetara od onih u mlađim dobnim skupinama, dok u žena ta razlika iznosi 5,4 centimetra. Smanjivanje visine vidljivo je već od 55. Godine života. Razlog je u smanjenju mišića koji podupiru tijelo i kralježnične diskuse. Posljedice su izraženije u starijih ljudi nepravilna držanja, a poglavito osoba koje se ne bave tjelesnom aktivnošću. Razlog također može biti i loša koordinacija mišićne aktivnosti od strane središnjega živčanog sustava. [9]

Težina mozga starenjem se smanjuje za 7 do 10%. Treba napomenuti da ta redukcija nije uvijek povezana sa smanjenom funkcijom moždanog tkiva, jer se zna da preostale moždane stanice, ako je star čovjek i dalje duševno aktivan, intenziviraju svoj metabolizam i tako nadoknađuju ispadanja pojedinih funkcija propalih stanica. Usporavanje elektro-aktivnosti u mozgu pripisuje se propadanju živčanih stanica. Međutim, nove znanstvene spoznaje upućuju na to da kontinuirana moždana aktivnost i u starijoj dobi ne dovodi do toga propadanja, a time ni do usporavanja elektro-aktivnosti u mozgu. [9]

S rastom životne dobi također su značajne promjene probavnog sustava. Jednjak se sužava; posljedica toga je takva da svaki zalogaj hrane ne potiče peristaltiku jednjaka, pa se donji sfinkter jednjaka ne otvara pri svakom prolasku hrane. Takva promjena postupno s godinama dovodi do gubitka želje za hranom. Povećava se pH želučanog soka i povećava sklonost nastanku gastritisa. Također je učestala crijevna divertikuloza, što uzrokuje kroničnu opstipaciju, vrlo čestu u starijih ljudi. Kod starijih osoba smanjen je bazalni metabolizam te proporcionalno tome treba smanjiti unos kalorija za 15%. [9]

Na koži se opaža najviše promjena; kako osoba stari, koža gubi elasticitet. Razlog ovoj pojavi je poznat, proteini kolagena i elastin tvore veze ili među spojeve. Ako promatramo kožu tridesetogodišnjaka, uočiti ćemo bore do kojih dolazi uslijed propadanja masnoga tkiva ispod površinskih slojeva kože. Što je čovjek stariji, sklonost stvaranja bora je sve naglašenija, što potvrđuje da starenje nije nagla pojava, već trajan i postupan proces. [9]

2.3. Rizični čimbenici bolesnog starenja

U svrhu zadovoljenja zdravstvenih potreba osoba treće životne dobi i osiguranja aktivnoga zdravoga starenja, nužna je cjelovita primarna, sekundarna, tercijarna i kvartarna zdravstvena prevencija i zaštita. [5]

Zbog toga je nužna kontinuirana edukacija iz gerijatrije i gerontologije. Rizični čimbenici nastanka bolesti u starijoj dobi, a time i nastanka ovisnosti starijih osoba o zdravstvenoj njezi i tuđoj pomoći su sljedeći [5]:

I. Stanje zubala

- Nedostatno zubalo
- Neredovita higijena zubi
- Loše sanirano zubalo

II. Poremećaji osjetila

- Vid
- Sluh
- Njuh
- Opip
- Okus

III. Izlaganje vanjskim utjecajima

- Hladnoća i vlaga
- Buka
- Propuh i vibracije
- Nagle vremenske promjene
- Onečišćen zrak

IV. Loša osobna higijena

- Neurednost i nečistoća
- Neredovita osobna higijena tijela
- Neuredan životni okoliš
- Neuredna odjeća i obuća

V. Neliječena hipertenzija

- Moždani udar
- Srčani udar
- Prolazni cirkulacijski poremećaj

VI. Nepravilno uzimanje lijekova

- Istodobno uzimanje tri ili više vrsta lijekova
- Nepridržavanje liječničkih uputa
- Neprihvatanje propisane njege

VII. Tjelesna neaktivnost

- Nedovoljno kretanje
- Dugotrajno sjedenje pred televizorom
- Dugotrajni boravak u zatvorenom prostoru
- Osteoporoza, frakture kostiju, dekubitus
- Ne izlaganje umjerenj sunčevoj svjetlosti

VIII. Psihičke promjene

- Osamljenost
- Potištenost i ne komunikativnost
- Osjećaj beskorisnosti i odbačenosti
- Nezainteresiranost za nove spoznaje
- Neprihvatanje radne terapije

IX. Ovisnosti

- Ovisnost o alkoholu
- Ovisnost o duhanu
- Ovisnost o lijekovima
- Ovisnost o opojnim drogama

X. Tjelesni poremećaji

- Anemija
- Dijabetes

- Opstipacija
- Inkontinencija

XI. Nepoštivanje liječničkih preporuka

- Nekorištenje ortopedskih pomagala : hodalice, štap, korzeti, proteze
- Nekorištenje sanitarnog materijala : sterilni oblozi, ulošci, pelene. [9]

3. Koncept i organizacija rada u domu umirovljenika

Dom za starije i nemoćne osobe Godan osnovan je 1999. godine u centru Zagreba. Dom djeluje na dvije lokacije. Ministarstvo rada i socijalne politike redovito provodi rutinski nadzor. Dom ima također ugovor sa Zavodom za javno zdravstvo grada Zagreba, koji provodi redovitu analizu hrane i provodi redovitu kontrolu općeg higijenskog stanja uz dezinsekciju i deratizaciju. Republička sanitarna inspekcija pregledava kompletan dom, čistoću sanitarnih prostora, skladišta, kuhinje, sanitarne knjižice osoblja. [10]

Objekti lokacije pružaju dnevni i puni smještaj. Sobe su različite veličine: od jednokrevetnih do četvero krevetnih sa sanitarnim prostorijama. Svaki objekt ima tri etaže te svaka etaža ima svoj dnevni boravak sa blagovaonicom i terasom. Dnevni boravci i sobe opremljene su TV prijemnicima, prostor je klimatiziran, posjeduje priručnu knjižnicu i redovitu opskrbu dnevnom štampom društvenim igrama, glazbalima (glasovir i gitara).

Hrana se priprema u vlastitoj kuhinji prema HACCP načelima vodeći računa o kalorijskoj vrijednosti i njihovim specifičnim potrebama (dijetalna ishrana: dijabetička, jetrena, žučna, želučana i sl.)

Dom također raspolaze centralnom praonicom za održavanje posteljnog i osobnog rublja. Bolesničke sobe opremljene su električnim bolesničkim krevetima i ostalim potrebnim namještajem. Dom posjeduje sva ortopedska pomagala, skalomobil, te aparate kao što su : tens uređaji, EKG aparat, sterilizatori, monitore za kontrolu vitalnih funkcija, aspiratore, kisik aparate, oksimetre, respirator itd. Dom ima vlastito sanitetsko vozilo kompletno opremljeno za prijevoz teško bolesnih korisnika, također se koristi i gospodarsko dostavno vozilo za ostale potrebe.

3.1. Medicinske usluge

U dom svaki dan dolazi liječnik specijalista, jednom tjedno je vizita: interniste, neuropsihijatra, urologa, psihijatra i dva puta tjedno specijalista obiteljske medicine. Svaki dan rade dva fizioterapeuta, radni terapeut, rad i vježbe su grupne i individualne.

Glavna djelatnost je zdravstvena njega i zadovoljenje brojnih potreba korisnika kao što su: medicinske usluge, njega i osobna higijena, prehrane i hidracija i na kraju, ali ne i manje važno – njihov društveni život.

Za pokretne korisnike posebno se vodi briga za domaću atmosferu međusobnog druženja za vrijeme obroka, društvene aktivnosti u boravku uz desert i kavu. Organizirana je i suradnja sa Župom Majke Božje Lurdske, čiji svećenici dolaze po želji korisnika i njihovih obitelji, također dolazi i grupa volontera sa povremenim programima glazbe i pjevanja. Također dom pruža zabavne aktivnosti kao što su maske za fašnik, šale za 1. Maj, i mnoge rođendane sa tortama, pa i tortu sa 99, 100 i 103 svjećice. Želi se postići zadovoljstvo korisnika u fizičkom, intelektualnom, emocionalnom i društvenom pogledu, nastoji se stvoriti ugodno okruženje kako bi korisnicima u njihovom najzrelijem razdoblju omogućili kvalitetan život. Pri tome nastoji se da svatko ima privatnost kada ju treba, a društvo kada ga želi.

3.2. Medicinska sestra u Domu umirovljenika

Medicinska sestra u Domu, osim što obavlja poslove opće i specijalne njege, prati opće zdravstveno stanje korisnika, vitalne funkcije i psihičko stanje a sve u interesu osiguranja kvalitete života. Budući da se radi o osobama treće životne dobi, koje najčešće imaju slabiju fizičku kondiciju, bolesnim osobama, osobama koje se osjećaju usamljene, od posebnog je značaja lijepa riječ medicinske sestre i osmijeh iz kojeg se treba pročitati utjeha i nada. Svaka medicinska sestra, uz uvažavanje zdravstvenih, psiholoških i socijalnih poteškoća starijih korisnika u Domu, pozvana je da na najhumaniji način bude podrška i utjeha. Ona svojom nazočnošću ulijeva povjerenje, daje snagu i motivira .

Humani poziv medicinske sestre dolazi do izražaja kod svih potrebitih i nemoćnih osoba u Domu, jer korisnike prati kroz duži period nego sestre koje rade u bolnici. Uz ostalo stručno osoblje Doma, medicinska sestra je druga obitelj korisniku, jer ona poznaje sve njegove probleme, njegove sklonosti i njegove vrijednosti. Osim što mu pomaže, ona mora imati „ono nešto – znati slušati, tješiti, biti pravedna, blaga i strpljiva“.

Glavna sestra voditelj je tima za zdravstvenu njegu u domu umirovljenika.

Profesionalnost, stručan i human odnos medicinskih sestara u Domu za starije, komunikacijske vještine i strpljivost moraju biti odlike kojima će sestra pridonijeti osjećaju

dostojanstva kod starijeg čovjeka, osjećaju samo ispunjenja i samopoštovanja, psihosocijalne stabilnosti i zadovoljstva.

Afirmiranje struke i ustanove u lokalnoj sredini i šire, bitan je čimbenik u skidanju predrasuda, stigmatizacije i stereotipa o takvoj vrsti ustanove, koja danas, prateći suvremene trendove u razvoju brige i skrbi za osobe treće životne dobi, treba biti faktor socijalne integracije i kohezije za starije.

4. Cilj i problemi istraživanja

- Upoznati, analizirati i prikazati emocionalne probleme starijih osoba koje žive u domu umirovljenika
- Prikazati zastupljenost pojedinih emocija u njihovom emotivnom životu
- Analizirati njihove emocionalne odnose s okolinom
- Uočiti određene emocionalne fenomene koji se javljaju u trećoj životnoj dobi
- Upoznati glavne izvore njihovih frustracijskih stanja
- Pronaći eventualne mogućnosti za rješavanje emocionalnih problema starijih osoba

5. Ispitanici i metode

5.1. Ispitanici

Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku, za analizu emocionalnih problema starih ljudi anketirano je 100 ispitanika, korisnika doma za starije i nemoćne osobe, (N=100).

Druga skupina čini profesionalno osoblje koje radi u domu i brine o starijim osobama, te je generacijski znatno mlađe. Uzorak ispitanika profesionalnog osoblja je (N=50).

Podaci su prikupljeni u Domu za starije i nemoćne osobe Godan, Zagreb.

U tablici 5.1.1. prikazan je broj ispitanih korisnika doma.

| STANARI DOMA | MUŠKI | ŽENSKI | NSS | SSS | VŠS | VSS |
|-----------------|-------|--------|-----|-----|-----|-----|
| (N = 100) | 20 | 80 | 5 | 15 | 35 | 45 |

Tablica 5.1.1. Broj korisnika doma – ispitanika s obzirom na spol i stupanj obrazovanja.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Prema ovom istraživanju žene čine znatno veći udio u grupi ispitanika što iznosi (80%). Muškarci čine (20%). Od sveukupnog broja ispitanika (5%) ispitanika je sa nižom stručnom spremom, (15%) je sa srednjom stručnom spremom, (35%) sa višom stručnom spremom i (45%) ispitanika ima visoku stručnu spremu.

U tablici 5.1.2. prikazan je broj osoblja u domu po spolu i obrazovanju

| PROFESIONALNO OSOBLJE | MUŠKI | ŽENSKI | NSS | SSS | VŠS | VSS |
|--------------------------|-------|--------|-----|-----|-----|-----|
| (N = 50) | 10 | 40 | 2 | 38 | 4 | 6 |

Tablica 5.1.2. Broja sudionika istraživanja- profesionalnoga osoblja doma, po spolu i obrazovanju.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Znatno mlađu ispitnu skupinu čine zaposlenici doma od njih 50 (10%) su muškarci a (40%) su žene. Od cjelokupnog broja ispitanika zaposlenika doma (2%) ima nižu stručnu spremu, (38%) zaposlenika ispitanika ima srednju stručnu spremu, (4%) ispitanika zaposlenika ima višu školsku spremu i (6%) zaposlenika ispitanika ima visoku stručnu spremu.

5.2. Instrumenti

U istraživanju su korišteni MMSE-2 (Marshal F.Folstein) i upitnik (autor upitnika Marijana Puljić uz konzultaciju prof. Volge Škvorinić – kliničke psihologinje i dr. Borne Josipa Godana – specijaliste psihijatra).

MMSE-2 (Marshal F.Folstein, Susan E.Folstein, TravisWhite, MELissa A.Messer, ur.hrv.izdanja prof.dr.sc.Vlado Jukić) koji je odgovarajući za rutinsko testiranje (pozitivnog nivoa koji odobrava daljnju upotrebu upitnika za dobivanje subjektivne procjene). Mini mental test u upotrebi je od 1975. godine. Ispitanici su ga radili od 8 do 12 minuta (što je optimalno). Osobe koje imaju manje od 28 bodova ne mogu sudjelovati u daljnjem istraživanju.

Upitnik za korisnike doma sadrži nekoliko dijelova:

- Osnovne podatke za identifikaciju i socijalno – ekonomske podatke (godina rođenja, spol, bračno stanje, koliko dugo živi sam u ustanovi, prijašnje zanimanje)
- Pitanja o socijalnoj komunikaciji koje omogućavaju brzu orijentaciju o postojanju socijalne izoliranosti (izlazi li van ustanove, tko ga posjećuje..)
- Stupanj funkcionalnog oštećenja gdje se promatra nekoliko parametara kao npr.: sposobnost kretanja bez tuđe pomoći ili štapa, sposobnost samostalnog oblačenja
- Određivanje zdravstvenih rizika na osnovu postojanja nekih simptoma bolesti
- Pitanja vezana za emocionalni život ispitanika (osjećate li se osamljen, radujete li se, plašite se, ljutite se, žalostite se, volite li , mrzite li, što očekuje itd..)
- Značaj odnosa sa djecom (slažu li se sa djecom ili su u zavadi)
- Značaj radne aktivnosti (nedostaje li im posao, željeli bi možda još nešto raditi)

- Subjektivnu ocjenu kvalitete života (zadovoljstvo sa sadašnjim životom, procjenu svog zdravstvenog stanja, zadovoljstvo sa cjelokupnim životom)

Upitnik za profesionalno osoblje sadrži slijedeće dijelove:

- Osnovne podatke za identifikaciju i socioekonomske podatke (godina rođenja, koliko dugo radi u domu, materijalna primanja).
- Motivacija za posao u domu
- Pitanja vezana za emocionalni život štićenika, motivaciju i njihovu komunikaciju.

5.3. Postupak

Od Etičkog povjerenstva Ustanove zatraženo je i dobiveno odobrenje za istraživanje.

Istraživanje je provedeno individualno i anonimno sa obje skupine, istraživanje smo započeli 01.06.2015. i trajalo je do 01.06. 2016.

Ispitivanje je u prosjeku trajalo 30 do 40 minuta po ispitaniku- korisniku doma.

Svakom od njih individualno je objašnjena svrha istraživanja i svi su sudionici dobrovoljno pristali na sudjelovanje u istraživanju, te su im dani upitnici.

Obzirom na specifičnu skupinu (stariji sudionici), ispitivač je bio prisutan za vrijeme ispitivanja kako bi mogao pomoći svakom sudioniku u bilo kojem trenutku.

6. Rezultati

Nadalje su tablično prikazani rezultati istraživanja. Tablica 6.1. prikazuje distribuciju ispitanika prema životnoj dobi.

| ŽIVOTNA DOB | N | % |
|-------------|-----|-----|
| 60 - 69 | 10 | 10 |
| 70 - 79 | 20 | 20 |
| 80 - 89 | 65 | 65 |
| 90 - i više | 5 | 5 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.1. Ispitanici po životnoj dobi

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Od ukupno 100 ispitanika najveći dio je između 80 i 90 godina (65%), samo (10%) ispitanika korisnika doma je mlađe od 70 godina, najmanji broj korisnika ispitanika je stariji od 90 godina i čini svega (5%).

Iz analize bračnog statusa vidi se da je najveći postotak udovica 52 žene (65%) neudanih je 10 (12,5%), rastavljenih žena 8 (10%), udanih žena 10 (12,5%) što je u skladu sa sličnim istraživanjima. Oženjenih muškaraca je 5 (25%), neoženjeno je 2 muškarca (10%), rastavljenih muškaraca je 4 (20 %), udovaca 9 (45%).

Vrijeme boravka ispitanika smješteni u domu, prikazano je u s tablici 6.2.

| STANARI DOMA: vrijeme boravka u godinama | N | % |
|------------------------------------------|-----|-----|
| 0 - 2 | 17 | 17 |
| 3 - 5 | 68 | 68 |
| 6 - 8 | 9 | 9 |
| 9 - 11 | 6 | 6 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.2. Distribucija ispitanika prema vremenu provedenom u domu

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Najveći broj ispitanika korisnika doma (68%) boravi u domu od 3 do 5 godina, do 2 godine boravi (17%) a samo (6%) boravi od 9 do 11 godina.

Tablica 6.3. prikazuje distribuciju ispitanika prema nivou socijalne komunikacije u koju su uključeni.

| SOCIJALNA KOMUNIKACIJA | N | % |
|--------------------------|-----|-----|
| Socijalno izolirani | 2 | 2 |
| Nisu socijalno izolirani | 98 | 98 |
| UKUPNO | 100 | 100 |

Tablica 6.3. Struktura ispitanika s obzirom na socijalnu komunikaciju.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Na osnovu odgovora na pitanja razgovaraju li svaki dan sa nekim, izlaze li iz sobe svakoga dana, posjećuju li ih članovi obitelji i prijatelji. Jesu li zadovoljni sa redovitim dolascima medicinskoga osoblja u njihovu sobu. Ispitanici korisnici doma u (98%) slučajeva izjavljuju da nisu socijalno izolirani, a samo (2%) smatra da su socijalno izolirani. Prema istraživanju je vidljivo da naša grupa ispitanika nije socijalno izolirana i da ima odličnu komunikaciju i druženje.

U tablici 6.4. prikazana je distribucija ispitanika prema pokretljivosti.

| POKRETLJIVOST ISPITANIKA | N | % |
|-------------------------------------------------|-----|-----|
| Kreću se bez tuđe pomoći ili pomagala | 65 | 65 |
| Ne mogu se kretati bez tuđe pomoći ili pomagala | 35 | 35 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.4. Stupanj funkcionalnog oštećenja

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Pri ocjeni funkcionalnog oštećenja promatrano je više parametara. Jedan od njih bio je i sposobnost kretanja ispitanika bez tuđe pomoći ili pomagala. Na to pitanje (35%) ispitanika odgovorilo je da se ne mogu kretati bez tuđe pomoći ili pomagala, dok (65%) ispitanika korisnika doma kreću se bez tuđe pomoći i bez pomagala.

Tablica 6.5. prikazuje koliko su ispitanici samostalni u odijevanju.

| SAMOSTALNOST PRI ODIJEVANJU | N | % |
|-----------------------------|-----|-----|
| Samostalni | 42 | 42 |
| Nesamostalni | 58 | 58 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.5. Struktura ispitanika prema samostalnosti pri odijevanju.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Iz tablice je razvidno da se većem broju korisnika mora pomoći pri odijevanju i osobnoj higijeni zbog tjelesnog oštećenja, degenerativnih promjena lokomotornog aparata i trajne tjelesne invalidnosti. (58%) ispitanika ne može se samostalno odjenuti a (42%) ispitanika u potpunosti se mogu samostalno odjenuti.

Tablica 6.6. prikazuje distribuciju ispitanika prema vrstama bolesti od kojih pate.

| VRSTE BOLESTI | N | % |
|------------------|-----|-----|
| Kardiovaskularne | 45 | 45 |
| Lokomotorne | 35 | 35 |
| Endokrine | 6 | 6 |
| Respiratorne | 4 | 4 |
| Probavne | 7 | 7 |
| Ozljede | 3 | 3 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.6. Vrsta oboljenja ispitanika.

Izvor: autor: M.P. prema podacima iz istraživanja

Najveći broj ispitanika boluje od kardiovaskularnih bolesti (45%), zatim od bolesti lokomotornog aparata (35%), probavnog sustava (7%), endokrinog (6%), respiratornog (4%) i ozljeda (3%). Svi ispitanici pripadaju u zdravstveno rizičnu skupinu poglavito stoga što kod većine postoji veliki komorbiditet.

Tablica 6.7. prikazuje strukturu ispitanika s obzirom na zdravstveno stanje prema ocjeni medicinskih sestara, tehničara i njegovatelja.

| ZDRAVSTVENO STANJE | N | % |
|--------------------|-----|-----|
| Dobro | 10 | 10 |
| Prilično loše | 75 | 75 |
| Jako loše | 15 | 15 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.7. Zdravstveno stanje ispitanika

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Medicinsko osoblje koje vrši 24 - satnu njegu bolesnika procjenjuje zdravstveno stanje korisnika prilično lošim (75%), dobrim samo (10%) i jako loše (15%).

Tablica 6.8. prikazuje kako medicinsko osoblje procjenjuje psihičko stanje ispitanika.

| PSIHIČKO STANJE | N | % |
|------------------|-----|-----|
| Dobro | 80 | 80 |
| Primjereno dobro | 19 | 19 |
| Slabo | 1 | 1 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.8. Psihičko stanje korisnika prema ocjeni medicinskog osoblja.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Ocjena medicinskog osoblja o psihičkom stanju korisnika doma pokazuje da ih (80%) ima dobro psihičko stanje, primjereno dobro (19%) a smo (1%) slabo.

Tablica 6.9. prikazuje kako medicinsko osoblje procjenjuje prisutnost pojedinih, najčešćih emocija kod ispitanika.

| EMOCIJE | N | % |
|-------------|-----|-----|
| Osamljenost | 11 | 11 |
| Ljubav | 59 | 59 |
| Mržnja | 0 | 0 |
| Žalost | 5 | 5 |
| Radost | 3 | 3 |
| Ljutnja | 2 | 2 |
| Strah | 20 | 20 |
| Ljubomora | 0 | 0 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.9. Emocionalni život korisnika s obzirom na prisutnost pojedinih emocija, prema odgovorima medicinskog osoblja.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Medicinsko osoblje ocjenjuje sa (59%) prisutnost emocije – ljubav, samo (20%) osjećaj straha, osjećaj osamljenosti prisutan je u (11%) slučajeva, ljutnje (2%), ljubomora i mržnja nije uopće prisutna.

Tablica 6.10. prikazuje koje najčešće emocije, prema vlastitoj procjeni, doživljavaju ispitanici.

| EMOCIJE | N | % |
|-------------|-----|-----|
| Osamljenost | 9 | 9 |
| Ljubav | 28 | 28 |
| Mržnja | 2 | 2 |
| Žalost | 11 | 11 |
| Radost | 25 | 25 |
| Ljutnja | 5 | 5 |
| Strah | 11 | 11 |
| Ljubomora | 9 | 9 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.10. Struktura ispitanika s obzirom na prisutnost pojedinih emocija prema odgovorima samih ispitanika.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Subjektivna procjena ispitanika korisnika doma s obzirom na prisutnost pojedinih emocija u (28%) slučajeva potvrđuju ljubav, u (25%) radost, žalost i strah je izjednačena sa (11%) kao i ljubomora i osamljenost sa (9%). Mržnja je prisutna samo u (2%).

Tablica 6.11. prikazuje subjektivan osjećaj zadovoljstva ispitanika sadašnjim životom.

| ZADOVOLJSTVO SA SADAŠNJIM ŽIVOTOM | N | % |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Jako zadovoljan | 16 | 16 |
| Prilično zadovoljan | 78 | 78 |
| Nezadovoljan | 6 | 6 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.11. Struktura ispitanika prema zadovoljstvu sa sadašnjim životom.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Treba istaknuti da je većina ispitanika prilično zadovoljna svojim životom čak (78%), jako zadovoljna (16%), što ukazuje na dobru adaptaciju i kvalitetnu sestrinsku njegu i skrb.

U tablici 6.12. prikazana je subjektivna ocjena zdravstvenog stanja ispitanika.

| ZDRAVSTVENO STANJE | N | % |
|--------------------|-----|-----|
| Prilično dobro | 65 | 65 |
| Prilično loše | 33 | 33 |
| Jako loše | 2 | 2 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.12. Struktura ispitanika prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenog stanja.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Subjektivna procjena ispitanika o svom zdravstvenom stanju, (65%) ispitanika smatra prilično dobro, (33%) ispitanika smatra prilično loše i (2%) ispitanika smatra jako loše.

U tablici 6.13. prikazan je subjektivni osjećaj zadovoljstva ispitanika cjelokupnim životom.

| ZADOVOLJSTVO SA CJELOKUPNIM ŽIVOTOM | N | % |
|-------------------------------------|-----|-----|
| Jako zadovoljni | 15 | 15 |
| Prilično zadovoljni | 80 | 80 |
| Nezadovoljni | 5 | 5 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.13. Zadovoljstvo životom - prema cjelokupnom životu.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Samo procjena ispitanika korisnika doma prema cjelokupnom životu ukazuje da ih se (80%) smatra prilično zadovoljnim, jako zadovoljnih je (15%) i nezadovoljnih samo (5%).

U tablici 6.14. prikazano je zadovoljstvo korisnika sa radom medicinskoga osoblja.

| ZADOVOLJSTVO KORISNIKA RADOM MEDICINSKOG OSOBLJA I DUŽINOM BORAVKA PRI NJEZI | N | % |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Zadovoljno | 2 | 2 |
| Jako zadovoljno | 98 | 98 |
| Nezadovoljno | 0 | 0 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.14. Zadovoljstvo korisnika radom medicinskog osoblja

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

98% ispitanika jako zadovoljno dužinom boravka pri njezi i prisutnošću stručnog osoblja a samo 2% je zadovoljno radom i prisutnošću medicinskog osoblja.

U tablici 6.15. prikazano je zadovoljstvo korisnika sa radom medicinskog osoblja.

| ZADOVOLJSTVO KORISNIKA SA RADOM MEDICINSKOG OSOBLJA | N | % |
|--------------------------------------------------------|-----|-----|
| Zadovoljni | 95 | 95 |
| Jako zadovoljni | 3 | 3 |
| Nezadovoljni | 2 | 2 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.15. Zadovoljstvo korisnika sa radom medicinskog osoblja

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Korisnici su zadovoljni sa radom medicinskog osoblja u 95% slučajeva, 3% jako zadovoljno a nezadovoljnih je 2%.

U tablici 6.16. prikazano je zadovoljstvo osoblja svojim radom

| ZADOVOLJSTVO OSOBLJA SVOJIM POSLOM | N | % |
|------------------------------------|----|------|
| Zadovoljni | 35 | 70% |
| Nezadovoljni | 15 | 30% |
| UKUPNO: | 50 | 100% |

Tablica 6.16. Zadovoljstvo medicinskog osoblja sa svojim poslom

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Medicinsko osoblje pokazuje u 70% slučajeva zadovoljstvo svojim poslom, dok je 30% nezadovoljno.

U tablici 6.17. prikazana je želja medicinskog osoblja za rad sa starijim osobama

| ŽELJA MEDICINSKOG OSOBLJA ZA RAD SA STARIJIM OSOBAMA | N | % |
|---------------------------------------------------------|----|------|
| Voli | 35 | 70% |
| Ne voli | 15 | 30% |
| UKUPNO: | 50 | 100% |

Tablica 6.17. Želja medicinskog osoblja za rad sa starijim osobama

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Medicinsko osoblje u 70% slučajeva voli raditi sa starijom populacijom a 30% ne voli raditi sa starijom populacijom (zbog dosadašnjih iskustava smatra se da je to teški psiho fizički posao te uključuje rad u tri smjene, rad na državni blagdan, rad nedjeljom itd.).

U tablici 6.18. prikazan je doživljaj korisnika o tome da li ih drugi razumiju

| DOŽIVLJAJ KORISNIKA O TOME DA LI VAS DRUGI RAZUMIJU | N | % |
|-----------------------------------------------------|-----|-----|
| Da | 86 | 86 |
| Ne | 14 | 14 |
| UKUPNO: | 100 | 100 |

Tablica 6.18. Doživljaj korisnika kako ih drugi razumiju

Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja

Ispitanici korisnici doma smatraju da ih drugi razumiju u 86% slučajeva a njih 14% smatra da ih drugi ne razumiju.

7. Rasprava

Cilj provedenog istraživanja bilo je procijeniti emocionalne probleme starijih osoba koji žive u domovima umirovljenika. Prikazati zastupljenost pojedinih emocija u njihovom emocionalnom životu. Analizirati njihove emocionalne odnose s okolinom. Također smo htjeli pokazati kakav je međusobni odnos medicinskog osoblja i korisnika, motivacija profesionalnog osoblja, kako medicinsko osoblje doživljava emocionalni život korisnika.

Iz rezultata prikazanih u tablicama vidimo da u našem uzorku starijih ispitanika, koji žive u Domu umirovljenika 80% čine žene, što je u skladu s podacima iz demografske literature koji pokazuju da žene čine veći udio u staračkoj populaciji. Također treba istaknuti najveći broj ispitanika čini dobna skupina od 80 do 89 godina (65%).

Nadalje prosječno trajanje boravka ispitanika u domu umirovljenika je 4 godine što čini ukupno 68%. Pored dobre socijalne komunikacije značajan broj ispitanika (98%) se ne osjeća izolirano, vjerojatno taj osjećaj nastoje kompenzirati različitim sadržajima: čitanjem, gledanjem tv-a, ručnim radom, gimnastikom, šetnjom, razgovorima, druženjem sa prijateljima, rođacima i medicinskim osobljem, što znači da je adaptacijska prilagodba na život u instituciji vrlo dobra.

Ako analiziramo emocionalne odnose ispitanika uočavamo da emocionalni kontakti s okolinom čine značajan utjecaj na njihov emotivni život.

Oni koji imaju vlastitu djecu i u dobrim odnosima su sa djecom, svaki kontakt s njima ih čini sretnijim i zadovoljnijim.

Iz analize međusobnog odnosa korisnika i medicinskog osoblja, vidljivo je da je to jedan potreban i pozitivan emocionalni odnos koji obogaćuje štićenikov emocionalni život i time kompenzira osjećaj osamljenosti, ulijeva mu izvjesnu sigurnost i osjećaj da nije sam. Tako je 98% ispitanika jako zadovoljno dužinom boravka pri njezi i prisutnošću stručnog osoblja, 95% je zadovoljno kvalitetom njihovog rada i zadovoljenja potreba korisnika što je nama pokazatelj da je izbor medicinskog osoblja – sestara i tehničara bio adekvatan, odnosno da je izabrano profesionalno osoblje pogodno korisniku doma kao objekt za identifikaciju, te je time stvorena mogućnost da se i medicinsko osoblje identificira sa korisnikom i tako bolje upotrebljava vlastite motivacijske faktore jer zadovoljavajući korisnikove potrebe sve više se približava figuri roditelja ili nekog drugog njima bliskog člana obitelji.

Iz podataka dobivenih našim upitnikom saznajemo da medicinsko osoblje voli svoj posao i da su zadovoljne svojim radom. Osim toga, sudjelovanje na aktivni način u medicinskoj praksi je bitan motivacijski čimbenik kao i potreba za afirmacijom u obitelji i društvu i potreba za pripadanjem grupi.

Činjenica je da postoji dobra emocionalna interakcija između korisnika i medicinskog osoblja jer medicinsko osoblje ocjenjuje da 80% ispitanika ima vrlo stabilno psihičko stanje. Uzrok povremenim konfliktima su najčešće pretjerani zahtjevi korisnika ili njihovih obitelji. U slučaju da se jave ozbiljniji problemi stručni tim ustanove sankcionira nastale probleme.

Emocionalna inteligencija uključuje i percepciju i drugih osoba jer kada shvatite tuđe osjećaje moći ćete učinkovitije upravljati odnosima. [11]

Na pitanje razumiju li ih drugi 86% ispitanika je potvrdno odgovorilo. Naime, oni su okruženi osobama koje im odgovaraju, odnosno koje ih razumiju i na taj način su izbjegnute neugodne i frustracijske situacije. Regresija, povlačenje, negativizam i strah su mehanizmi obrane koji su često prisutni u starijoj dobi no u grupi i druženju isti ne dolaze do značajnog izražaja. [11]

Tako mnoga frustracijska stanja kao npr. Osjećaj žalosti zbog smrti bračnog partnera ili djeteta, žalost zbog gubitka socijalne uloge nakon umirovljenja ispitanici nastoje riješiti bijegom u svijet uspomena. Kao npr. gledanje svojih foto albuma i iznošenjem priča i događaja iz mlađih dana (često sam bila nazočna istim).

Projektivne reakcije, kao jedan od mehanizama obrane manje su prisutne kod ove populacije ispitanika. Analizirajući odnose medicinsko osoblje – korisnik, gdje korisnik neke svoje unutrašnje konflikte i nedostatke projicira na medicinsko osoblje kritizirajući njihov rad. Zbog manje učestalosti projektivnih reakcija u ovoj grupi ispitanika ostvarena je dobra psiho dinamika interpersonalnih odnosa.

Rezultati istraživanja pokazuju da je ljutnja prisutna samo kod 2% korisnika prema zapažanjima medicinskog osoblja a sami korisnici izražavaju ljutnju 5%.

Dakle, analizom je dobiven mali postotak osjećaja ljutnje, anksioznosti i nezadovoljstva što je vjerojatno uzrokovano slabijim zdravstvenim stanjem, smanjenom funkcionalnom sposobnošću za aktivnosti koje su im ranije pričinjavale zadovoljstvo.

Dobiveni rezultati u našem istraživanju vrlo su slični rezultatima dr.sc. Lovorke Brajković – doktorska disertacija (2010) „Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi“. Također navodi da su korisnici doma zadovoljni svim aspektima života u domu, tj. medicinskom uslugom, liječničkim nadzorom, lijekovima, tjelesnim i društvenim aktivnostima kao i okruženjem te udobnošću boravka u instituciji. Brajković koristi standardizirane upitnike u svom istraživačkom radu te radi komparaciju među spolovima što mi nismo smatrali presudnim nego smo uzorak radili u globalu. [12]

Također Gorka Vuletić provedenim istraživanjem u izvornom zdravstvenom članku – UDK 159.922.6 „Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi“(2013) istražuje i spolne razlike u doživljaju usamljenosti i kvaliteti života. Rezultati pokazuju da se muškarci i žene starije životne dobi statistički značajno ne razlikuju ni u usamljenosti ni u kvaliteti života. Ali kod ispitivanja doživljaja usamljenosti osoba starije životne dobi s obzirom na oblik obiteljske strukture u kojoj žive te postoji li statistički značajna razlika u usamljenosti između osoba koje žive same i osoba koje žive s članovima obitelji. Starije osobe koje žive same statistički se značajno razlikuju u doživljaju usamljenosti od starijih osoba koje žive sa supružnicom/supružnikom ili ostalim članovima obitelji. Vuletić zaključuje na postojanje značajne negativne povezanosti između usamljenosti i kvalitete života. [13]

Susanne Scheibe and Laura L.Carstensen – University California (2010) gerontološki časopis, govore o emotivnom starenju, sadašnjim rezultatima i budućim tendencijama. Suprotno kognitivnom i fizičkom opadanju, istraživanja emotivnog starenja pokazuju da većina starijih ljudi doživljava visoki stupanj dobrog osjećanja i emotivnu stabilnost u njihovim 70-tim i 80-tim godinama života, što također ide u prilog svim dosadašnjim istraživanjima u Hrvatskoj, a čak je i kompatibilno sa našim istraživanjem kod institucionaliziranih korisnika. [14]

Autori također naglašavaju važnost kvalitete života u domovima za starije osobe koje uključuju osam domena:

- Fizičko zdravlje
- Psihički status
- Razina neovisnosti
- Primjena pravilne prehrane
- Socijalni kontakti

- Faktori okoliša
- Pozitivno/negativno zdravstveno ponašanje
- Duhovne potrebe

Multidimenzionalni karakter kvalitete života proizlazi iz procjene fizičkih funkcija, emocionalnog stanja, socijalne i somatsko psihološke funkcije. Kvaliteta života se ocjenjuje dužinom života, socijalnim mogućnostima pod utjecajem bolesti, liječenja ili politikama socijalne skrbi i zdravstvene zaštite. [15]

8. Zaključak

Osobe koje žive u domu umirovljenika zadovoljne su svojim emocionalnim statusom, iako objektivno procjenjuju da im je zdravlje narušeno te da im je potreban medicinski tretman i da imaju poteškoća sa kretanjem.

Iznimno su zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga, uvjetima u kojima žive i odnosima sa drugim ljudima.

Sve je to praćeno zadovoljstvom sobom i svojim životom. Pojedina istraživanja navode da se u 70% stanara domova cjelokupna psihofizička kvaliteta života u prvih nekoliko mjeseci nakon početka življenja u domu povećava. Navode nekoliko razloga za to koji se u potpunosti mogu primijeniti na naše sudionike. Početkom življenja u domovima prestaje razdoblje neizvjesnosti i stanovite ljutnje zbog smještaja u dom koja je postojala u osoba i članova njihovih obitelji. Popuštanjem te napetosti otvara se prostor za obnavljanje odnosa među članovima obitelji, za kvalitetnije provođenje zajedničkog vremena i pojačano zanimanje za život članova obitelji. Osim toga poboljšava se zdravstveno stanje 24 - satne dostupne medicinske usluge, sustavnije je praćenje osobe i njezina zdravlja te je pojačan nadzor nad uzimanjem lijekova i higijenom života.

Sljedeći aspekt koji povećava zadovoljstvo jest stvaranje novih odnosa i prijateljstava s ostalim stanarima doma. Čini se da naši ispitanici prihvaćaju ustanovu kao najbolje rješenje za rješavanje njihovih psihofizičkih problema.

Međutim, iako se ove pretpostavke mogu u potpunosti primijeniti na naše sudionike koji žive u domovima, važno je imati na umu jednu važnu činjenicu, a to je da se radi o korisnicima privatnog doma u kojima su svi navedeni uvjeti stanovanja i usluge puno primjereniji nego u državnim domovima. Kako nismo imali skupinu sudionika koji žive u državnim domovima, ne možemo rezultate u potpunosti generalizirati na cjelokupnu populaciju starijih osoba koji žive u domovima. No ovi rezultati mogu poslužiti kao argumenti članovima obitelji starijih osoba koje ih ne žele smjestiti u domove zbog negativnih stavova. Rezultati ovog istraživanja mogu im pokazati koliko su starije osobe u domovima emocionalno zadovoljne, te koje su prednosti domova za starije osobe.

Čimbenici koji smanjuju mogućnost generaliziranja rezultata ovog istraživanja odnose se na metodologiju i o njima treba voditi računa prilikom donošenja odluke u odabiru ispitanika (uključno – isključni kriteriji MMSE –skala).

Kao prvo, istraživanje je provedeno na relativno malom prigodnom uzorku. Kao što smo već naveli uključivanje skupine starijih osoba koji žive u državnim domovima i drugim privatnim domovima, te skupine članova obitelji koji svakodnevno i jedini brinu o starijim osobama omogućilo bi nam donošenje sigurnijih zaključaka i veću mogućnost generalizacije rezultata. Osim toga, svi korišteni instrumenti odnose se na samo procjene sudionika, subjektivnu procjenu. Može se postaviti pitanje iskrenosti sudionika, kognitivnih iskrivljanja te neprepoznavanja pravih simptoma i osjećaja.

Iako provedeno istraživanje značajno pridonosi objašnjenju emocionalnog statusu prvenstveno starijih osoba i medicinskog osoblja koje o njima brinu, istodobno se otvaraju nova pitanja i daju poticaj za daljnja istraživanja. Za kraj može se zaključiti da svijet ostaje na mladima, a na starima opstaje!

9. Literatura

- [1] Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske <http://www.dzs.hr>, dostupno 20.07.2016
- [2] I. Čipin: Demografski scenarij i migraciji , Ekonomski fakultet, Zagreb, 2014.
- [3] RA. Cummins: Objective and Subjective Quality of Life, An Interactive Model. Social Indicators Research 2000, 52:55-72.
- [4] J. Despot Lučanin. Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
- [5] V. Pečjak Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada Prosvjeta. 2001
- [6] M. Krizmanić, V.Kolesarić: Pokušaj konceptualizacije pojma „Kvaliteta Života“ Primjenjena psihologija, 1989.10:179-184.
- [7] RC. Crandall, Gerontology - a behavioral science approach: Psychological aspects. 2. izd. New York: McGraw-Hill, Inc; 1991, str. 250-293.
- [8] S. Galić, N.Mrčela Tomasović: Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja. Naklada, Medicinska škola Osijek, 2013.
- [9] Z. Duraković, i sur.: Farmakoterapija u gerijatriji. Nakladnik. C-T. – Poslovne informacije d.o.o., .Zagreb. 2011.
- [10] Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje. Rješenje. Zagreb, 2000.
- [11] D. Begić: Psihopatologija. Zagreb. Medicinska naklada. 2011.
- [12] L. Brajković: Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi, Doktorska disertacija, Medicinski fakultet, Zagreb, 2010.
- [13] G. Vuletić, M. Stapić: Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi, Izvorni znanstveni članak, Osijek 2013.
- [14] S. Scheibe, L. L.Carstensen, Emotional Aging: Recent Findings and Future Trends;J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (2010) 65B (2): 135-144. ; <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/65B/2/135/642926/Emotional-Aging-Recent-Findings-and-Future-Trends> dostupno 2.6.2017.
- [15] A. Stavljenić-Rukavina, R. Mittermayer, S.Tomek Roksandić, J. Mustajbegović: Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba, Priručnik I izdanje, Zagreb, 2012.
- [16] CZG ZJZ Dr. A. Štampar, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb, 2012.
- [17] M. Lovreković, Z. Leutar, : Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. Socijalna ekologija: Časopis za ekološku misao i socijologiju istraživanja okoline, vol.19,br.1,2010,str.55-7

Popis slika i tablica

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Slika 2.1. udio ljudi starijih od 65 godina u odnosu na ukupno stanovništvo po dobi i spolu u RH u 2001. godini Izvor: DZZS i CZG ZZJZGZ..... | 5 |
| Slika 2.2. Udio stanovništva u dobi 65 i više godina, po županijama u 2011. godini. Izvor: Čipin, I.: Demografski scenarij i migracije, Ekonomski fakultet Zagreb 2014..... | 5 |
| Slika 2.3. Udio stanovništva u dobi od 80 i više godina po županijama u 2011.g Izvor: Čipin, I.: Demografski scenarij i migracije, Ekonomski fakultet Zagreb 2014..... | 6 |
| Tablica 5.1.1. Broj korisnika doma – ispitanika s obzirom na spol i stupanj obrazovanja. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 19 |
| Tablica 5.1.2. Broja sudionika istraživanja- profesionalnoga osoblja doma, po spolu i obrazovanju. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 19 |
| Tablica 6.1. Ispitanici po životnoj dobi Izvor: autor:M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 22 |
| Tablica 6.2. Prosječno trajanje boravka ispitanika u domu umirovljenika je 4 godine (68%). Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 22 |
| Tablica 6.3. Struktura ispitanika s obzirom na socijalnu komunikaciju. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 23 |
| Tablica 6.4. Stupanj funkcionalnog oštećenja Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 23 |
| Tablica 6.5. Struktura ispitanika prema samostalnosti pri oblačenju. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 24 |
| Tablica 6.6. Vrsta oboljenja ispitanika. | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Izvor: autor: M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 24 |
| Tablica 6.7. Zdravstveno stanje ispitanika | |
| Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 25 |
| Tablica 6.8. Psihičko stanje korisnika prema ocjeni medicinskog osoblja. | |
| Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 25 |
| Tablica 6.9. Emocionalni život štićenika s obzirom na prisutnost pojedinih emocija, prema odgovorima medicinskog osoblja. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 26 |
| Tablica 6.10. Struktura ispitanika s obzirom na prisutnost pojedinih emocija prema odgovorima samih ispitanika. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 26 |
| Tablica 6.11. Struktura ispitanika prema zadovoljstvu sa sadašnjim životom. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 27 |
| Tablica 6.12. Struktura ispitanika prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenog stanja. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 27 |
| Tablica 6.13. Zadovoljstvo životom - prema cjelokupnom životu. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 28 |
| Tablica 6.14. Zadovoljstvo korisnika radom medicinskog osoblja te dužina boravka u procesu njege. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 28 |
| Tablica 6.15. Zadovoljstvo korisnika radom medicinskog osoblja. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 29 |
| Tablica 6.16. Zadovoljstvo osoblja svojim poslom. Izvor: autor M.P. prema podacima iz istraživanja..... | 29 |
| Tablica 6.17. Želja – motivacija medicinskog osoblja za rad sa starijim osobama. | |

Izvor: autor M.P. prema podacima iz
istraživanja.....29

Tablica 6.18. Doživljaj korisnika „da li ih drugi razumiju?“.

Izvor: autor M.P. prema podacima iz
istraživanja.....30

Prilog 1

MMSE2

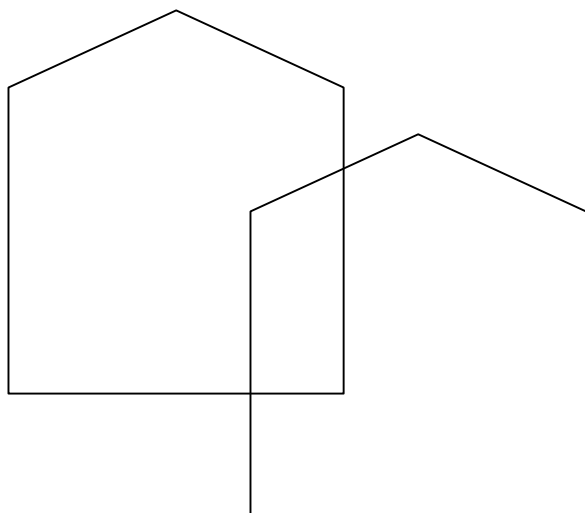
Mini mental status

Ime: _____ Prezime: _____ Godište: _____

DG: _____

Datum: _____ UKUPNO BODOVA: _____

1. Upitajte pacijenta: „**Koja je ovo godina? Koje godišnje doba, mjesec, datum, dan u tjednu?**“ ukupno 5 bodova.
2. Upitajte pacijenta „**Gdje se nalazimo? Država, regija, grad, bolnica, odjel?**“ ukupno 5 bodova.
3. Recite pacijentu: „**Želimo ispitati vaše pamćenje, recite BROD, KRASTAVAC, ŽICA.**“ Ukupno 3 boda.
4. Recite pacijentu: „**Počnite računati sa stotinu i oduzimajte unatrag, odbijajući po sedam.**“ (93, 86, 79, 72, 65) ukupno 5 bodova.
5. Upitajte: „**Sjećate li se triju stvari koje smo trebali ponoviti maloprije?**“ ukupno 3 boda.
6. Pitajte pacijenta: „**Kako se zovu ovi predmeti?**“ i pokažite olovku i sat. Ukupno 2 boda.
7. Zatražite od pacijenta da ponovi „**NIKAKVO AKO, ALI , SAMO**“ ukupno 1 bod.
8. Zatražite od pacijenta: „**Uzmite papir u desnu ruku, presavijte ga i stavite na pod**“ ukupno 3 boda
9. Zatražite od pacijenta: „**Pročitajte i izvršite naloge.**“ (na papiru piše:zatvorite oči) ukupno 1 bod
10. Kažite pacijentu „**Napišite rečenicu.**“ Ukupno 1 bod
11. Zatražite od pacijenta: „**Nacrtajte isti geometrijski lik.**“ (pentagon) Ukupno 1 bod



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, Marijana Puljić (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Medicinske sestre i emocionalni doživljaji starijih osoba koje žive u domu za starije i nemoćne osobe (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

Marijana Puljić

(*vlastoručni potpis*)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Marijana Puljić (*ime i prezime*) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Medicinske sestre i emocionalni doživljaji starijih osoba koje žive u domu za starije i nemoćne osobe (*upisati naslov*) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

Marijana Puljić

(*vlastoručni potpis*)