

Procjena sposobnosti samozbrinjavanja korisnika i planiranje zdravstvene njege u domu za starije i nemoćne

Maričić, Ivana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:669652>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**PROCJENA SPOSOBNOSTI SAMOZBRINJAVANJA
KORISNIKA I PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE U
DOMU ZA STARIJE I NEMOĆNE**

Završni rad br. 85/SES/2016

Ivana Maričić

Bjelovar, veljača 2017.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Maričić Ivana**

Datum: 14.11.2016.

Matični broj:000874

JMBAG: 0314008766

Kolegij: **KLINIČKA MEDICINA IV - PSIHIJARIJA**

Naslov rada (tema): **Procjena sposobnosti samozbrinjavanja korisnika i planiranje zdravstvene njege u domu za starije i nemoćne**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. Đurđica Grabovac, dipl.med.techn., predsjednik
2. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor
3. Goranka Rafaj, mag.med.techn., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 85/SES/2016

U radu je potrebno istražiti sposobnosti osoba starije životne dobi za samozbrinjavanje korištenjem PIH (Partners in Health) upitnika dok će njihovo opće zdravstveno stanje biti ocijenjeno PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

Procjena sposobnosti samozbrinjavanja starijih osoba trebala bi biti ključna u procjeni i pripremi zdravstvene njege kao i raspoređivanju korisnika unutar doma.

U radu će biti prikazan status korisnika prije i poslije procjene te intervencije koje su uslijedile.

Zadatak uručen: 14.11.2016.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici Prim.dr.sc. Mariji Kudumija Slijepčević na stručnoj pomoći i prijateljskoj podršci tijekom izrade ovog rada.

Također zahvaljujem svojoj obitelji na potpori i razumijevanju protekle tri godine.

Sadržaj

1. UVOD	4
1.1. Starenje.....	4
1.2. Mentalno zdravlje.....	5
1.3. Depresija.....	6
1.4. Klinička slika depresije	7
1.5. Tjelesne bolesti kao čimbenik nastanka depresije.....	8
1.6. Procjena funkcionalne sposobnosti starijih osoba.....	8
1.7. Sestrinska anamneza – plan zdravstvene njege.....	9
1.8. Dom za starije i nemoće osobe.....	10
1.9. Prijem u dom za starije osobe	11
1.9. Samozbrinjavanje – <i>Self menagment</i>	11
2. CILJ RADA.....	12
3. ISPITANICI I METODE	13
3.1. Upitnik o zdravlju pacijenata – 9 (PHQ-9)	13
3.2. Upitnik „Partneri u zdravlju“	15
4. REZULTATI	18
5. RASPRAVA.....	26
6. ZAKLJUČAK	28
7. LITERATURA.....	29
8. SAŽETAK.....	30
9. SUMMARY	31

1. UVOD

Starenje je normalna fiziološka pojava koju mogu i ne moraju pratiti bolesti. Nužno je unapređivanje zdravlja, ali i očuvanje funkcionalne sposobnosti. Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje. Funkcionalna sposobnost odnosi se na sposobnost koju pojedinac koristi, ali i na one koje bi mogao koristiti kako bi nadoknadio opadanje određenih drugih sposobnosti. Funkcionalna sposobnost predstavlja jednu od ključnih istraživačkih tema u gerontologiji i gerijatriji te je kritični pokazatelj kvalitete života i zdravlja među starijim osobama. Aktivnosti koje stariji ljudi mogu samostalno izvoditi, ili misle da mogu, koristan su pokazatelj zdravstvenog stanja osobe i njezinih potreba za pomoći u slučaju slabljenja sposobnosti samozbrinjavanja. Pri tome je od najveće važnosti sposobnost starije osobe da neovisno funkcionira (1).

1.1. Starenje

Starenje ili 'treće životno doba' možemo podijeliti na tri perioda: period kasne zrelosti, period rane starosti i period duboke starosti. Vremenske granice se ovdje ne mogu povući osim za period duboke starosti za koju se smatra da obuhvaća period od 85 godina na dalje. Mentalni stručnjaci ističu da se najozbiljnije psihičke perturbancije (poremećaj ustaljenog reda) javljaju u periodu rane starosti kada se manifestiraju prve ozbiljne promjene i problemi jer je taj period karakteriziran općim povlačenjem i socijalnim dezangaziranjem koje može uvjetovati značajne emocionalne smetnje. Zbog gubljenja socijalnog oslonca, pasivizacije i odsustva efikasne društvene solidarnosti položaj osoba u ovom periodu može katkada postati dramatično težak pa im suvremeno društvo sigurno duguje mnogo više nego samo materijalnu sigurnost. Globalno uzevši, proces starenja možemo prikazati progresivnim slabljenjem koje zahvaća tri osnovna vida, a to su: fiziološke promjene, psihološke promjene i socijalno ekonomski problemi. Među fiziološkim poremećajima na prvo mjesto dolazi progresivno fizičko i mentalno slabljenje, a psihološke promjene koje to prate obuhvaćaju niz važnih elemenata kao: povećanu ovisnost o drugima, osjećaj nejednakosti, beskorisnosti, bespomoćnosti i odbačenosti, strah od usamljenosti i bolesti, preokupacija tjelesnim smetnjama, smanjenje briga o vlastitoj osobi što je sve potpomognuto, odnosno podržavano slabljenjem pamćenja i siromaštvom misaonih procesa koje

je konstantno prisutno. Starenje kao proces počinje početkom života i rezultat je progresivnih degenerativnih procesa pa nema ni jedne psihičke ni fizičke funkcije koja se u starosti ne mijenja.

Koliko je netko star ne može se odrediti jedinstvenim kriterijima jer starenje uključuje u sebi biološke, socijalne i psihičke procese koji u složenoj međusobnoj vezi determiniraju 'realnu starost'. Fiziološko starenje se kao normalni proces stavlja kao suprotnost takozvanom patološkom starenju koje označava brzo ili ubrzano starenje uvjetovano nekim patološkim procesom. Patološko starenje, odnosno njegove posljedice zahtijevaju liječenje jer se radi o bolesti. Danas su, međutim, zahtjevi za terapijskom intervencijom mnogo širi i mnogobrojni i uključuju traženja da se poduzmu mjere u smislu podizanja ugroženog vitalnog elana i korekcije psihičkih funkcija koje počinju popuštati (2).

1.2. Mentalno zdravlje

Mentalno, duševno ili psihičko zdravlje sastavni je dio općeg zdravlja pojedinca. Zadovoljstvo životom jedna je od najčešćih mjera mentalnog zdravlja. Njega se definira kao kognitivnu evaluaciju komponente subjektivnog osjećaja dobrobiti. Kognitivna komponenta razlikuje od emocionalne komponente iako se radi o mjerama koje su često povezane. Istraživanja pokazuju da je, primjerice, zadovoljstvo životom najveće u osoba starijih od 65 godina. Mnoga istraživanja pokazuju da emocije ugodnog hedonističkog tona rastu s dobi, malo, ali konzistentno. Istodobno, smanjuje se udio emocija neugodnog hedonističkog tona koje svoj vrhunac dostižu u ranoj odrasloj dobi, zatim se smanjuju do 60-ih godina i ostaju na jednakoj razini. Na primjer, kada se stare ljude pita koliko su sretni, rezultati su pomaknuti u pozitivnom smjeru i pokazuju da je gotovo dvije trećine ispitanih osoba sretna veći dio godine. No tu se mogu uočiti razlike u dobi – najmlađe starije osobe procjenjuju da su više vremena sretna, a s dobi taj postotak opada. Isti trend nalazi se i u ocjeni kvalitete življenja – oko tri četvrtine osoba u dobi 65-69 godina ocjenjuje je vrlo visokom, dok u starijoj dobi taj udio pada na polovinu ili trećinu. Sretni ljudi žive duže, vjerojatno jer osjećaj sreće štiti fizičko zdravlje.

Brojna istraživanja pokazuju da je depresivnost jedan od najčešćih problema mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi. Kao najčešći čimbenici rizika spominju se tjelesne bolesti, funkcionalna (ne)sposobnost, gubitak značajnih osoba i socijalne podrške, osamljenost i

socijalna izolacija. Također se pokazalo da je depresivnost češća i izraženija kod starijih osoba koje žive u ustanovama (3).

1.3. Depresija

Depresija se ubraja u najčešće psihičke poremećaje današnjice. Depresivnost je najčešća poteškoća mentalnog zdravlja u starijoj životnoj dobi, a klinička depresija je najčešći psihički poremećaj među starijim osobama. Depresivnost je emocionalno stanje koje se očituje u prožimanju osjećaja tuge, neraspoloženosti, bezvoljnosti i utučenosti. Česte su promjene raspoloženja, gubitak interesa za događaje oko sebe i anhedoniju¹ (nemogućnost uživanja u životu). Javlja se kronični umor i slabljenje životne energije, jak je osjećaj bezvrijednosti i krivnje, velike su poteškoće u koncentraciji i donošenju odluka. Na fizičkom planu pratio ovih psihičkih promjenaje poremećaj apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije. Depresivni simptomi i depresivna stanja različitog su intenziteta i trajanja. Kad je stanje bezvoljnosti, neraspoloženosti i nezainteresiranosti intenzivno i ometa život osobe, tada se govori o depresiji kao psihičkom poremećaju.

Promjene karakteristične za stariju životnu dob, kao što su učestali zdravstveni problemi, gubitak bračnog partnera, odlazak djece, smanjenje potrebe i motivacije za aktivnostima koje su nekad bile normalni dio života, stvaraju pogodno tlo za pojavu depresivne reakcije starijeg čovjeka. Osamljenost je glavni problem starijih osoba. Osamljene starije osobe sklone su trajnoj nepokretljivosti i socijalnoj izolaciji.

¹ Anhedonija predstavlja nesposobnost doživljavanja zadovoljstva u uobičajeno ugodnim životnim aktivnostima kao što su rekreacija, hrana, socijalne interakcije i seksualni život

1.4. Klinička slika depresije

Depresivne osobe osjećaju tugu i bespomoćnost, zaokupljene tmurnim raspoloženjem. Gube sposobnost osjećanja zadovoljstva. Ne pronalaze zainteresiranost za aktivnosti koje su ih ranije veselile i u kojima su uživale. Depresivno se raspoloženje razlikuje od uobičajene tuge. Depresivna osoba ima osjećaj duboke patnje i emocionalnoga bola. Njihovo nevjerovanje u mogućnost poboljšanja, glavno je obilježje njihove depresije. Lice odaje sliku bola, tjeskobe i straha, očajnički tražeći pomoć. Raspoloženje depresivnih osoba mijenja se tokom dana, najčešće se ujutro osjećaju najlošije.

Česte su promjene apetita koji je oslabljen i poremećaj spavanja. Gotovo 80% depresivnih osoba tuži se na smetnje spavanja, poteškoće pri usnivanju, na često buđenje tijekom spavanja i na rano jutarnje buđenje. Upravo pojedinci koji se bude u ranim jutarnjim satima (terminalna insomnija) naginju najtežem kliničkom obliku depresije. Kronična iscrpljenost je glavni pratioc depresivnih osoba. Držanje je gotovo ukočeno, bez spontanih pokreta, s pogledom u stranu i prema dolje. Psihomotorna usporenost izražava se kao usporeno mišljenje i govor koji zbog gubitka intonacije djeluje monotono, s kratkim i oskudnim rečenicama. Psihomotorna zakočenost može ići do potpune nepokretnosti (tzv. depresivnog stupora) te takve osobe često su zapuštena izgleda i mutistični (odbijaju govoriti). Nasuprot takvom "sputanom" ponašanju, depresivne osobe mogu biti i uznemirene (psihomotorna agitacija), što je naročito slučaj kod starijih osoba. Depresivne osobe u psihomotornom nemiru ne mogu mirno sjediti ili stajati na jednom mjestu te su u stalnom pokretu (stiskanje šaka, kršenje prstiju, bezglavo hodanje). Javljaju se poteškoće u koncentraciji ili smanjenoj sposobnosti mišljenja i razmišljanja, čak i poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (osobna higijena, oblačenje, hranjenje, čak ni gledanja televizijskog programa). Smetnje pamćenja i zapamćivanja ponekad ostavljaju sliku tzv. depresivne pseudodemencije. Neki se ne mogu sjetiti čak ni uobičajenih svakodnevnih radnji, npr. nesposobnost za oblačenje, osobnu higijenu, kuhanje ili spremanje pa takvo stanje može imitirati demenciju. Osobito to može predstavljati dijagnostički problem u starijih osoba. Stoga se nikako ne bi smjelo dogoditi da se u starijih bolesnika s takvim simptomima, a koji su uzrokovani depresijom, previdi postavljanje prave dijagnoze i tako zanemari odgovarajuće liječenje (3).

1.5. Tjelesne bolesti kao čimbenik nastanka depresije

Depresija se može pojaviti uz bolesti karakteristične za stariju životnu dob, poput Parkinsonove i Alzheimerove bolesti, moždanog udara, drugih bolesti mozga, karcinoma, multiple skleroze, dijabetesa, bolesti lokomotornog sustava, poremećaja sna i endokrinih žlijezda. Simptomi navedenih bolesti, često se preklapaju sa simptomima depresije te depresija često ostaje neprepoznata u starijih osoba s drugim zdravstvenim problemima. Blaži, često neprepoznati moždani udari mogu izazvati depresiju (4).

1.6. Procjena funkcionalne sposobnosti starijih osoba

Uz utvrđivanje zdravstvenog stanja starije osobe, važno je odrediti njegovu funkcionalnu sposobnost. Ona se utvrđuje sposobnošću starije osobe za obavljanje svih svakodnevnih životnih aktivnosti kao što su održavanje osobne higijene i higijene okoliša, uzima li nekontrolirano lijekove, da li je pothranjen ili pretio, te kakva mu je fizička i psihička aktivnost.

Obilježja utvrđivanja funkcionalne sposobnosti starijih ljudi odnose se na utvrđivanje obilježja fizičke pokretljivosti i psihičke samostalnosti po sljedećim kriterijima:

Pokretnost (fizički status)

1 - SASVIM POKRETAN

2 - OGRANIČENO POKRETAN (koristi povremeno pomagalo – štap, štaka, hodalica ili rolator)

3 - TRAJNO OGRANIČENO NEPOKRETAN (trajno koristi invalidska kolica)

4 - TRAJNO NEPOKRETAN

Samostalnost (psihički status)

1 - SASVIM SAMOSTALAN

2 - OGRANIČENO SAMOSTALAN (povremene psihičke poteškoće)

3 - TRAJNO NESAMOSTALAN (trajne psihičke poteškoće)

4 - NE MOŽE ODGOVORITI

Nije nimalo svejedno ukoliko se prigodom utvrđivanja obilježja funkcionalne sposobnosti starije osobe utvrdi npr. kako je istovremeno i trajno nesamostalan i trajno nepokretan, zbog određivanja različitog stupnja gerijatrijske njege. Navedeno utvrđivanje funkcionalne sposobnosti starije osobe s utvrđenim zdravstvenim stanjem, ali i utvrđenim obilježjima negativnog zdravstvenog ponašanja definirani su kriteriji za kategoriju starije osobe (gerijatrijskog korisnika) u domu za starije. Navedene glavne determinante kategorije gerijatrijskog osiguranika određuju četiri stupnja gerijatrijske njege: od prvog (minimalan stupanj) do četvrtog (maksimalan stupanj), koji su sukladni gerijatrijskim europskim normama u stacionarnom i stambenom dijelu domova za starije (5).

Fizičko i psihičko zdravlje su ključni element kvalitete života te kao takvi zahtjevaju nadzor i upravljanje. Prije ulaska u sustav institucijske skrbi osobito je važno starijoj osobi procijeniti zdravstveno stanje, funkcionalnu sposobnost u odnosu na samostalnost i fizičku pokretljivost, rizik od pada, rizik za razvoj dekubitusa, tjelesna težina, hidratacija, psihičko stanje te postojanje boli (6).

1.7. Sestrinska anamneza – plan zdravstvene njege

Sestrinstvo kao profesija čija je osnovna djelatnost zdravstvena njega pretpostavlja skupinu specijaliziranog znanja, a sestra profesionalac ima sposobnost interpretacije znanja i vještine kroz komunikaciju, fizičko zbrinjavanje korisnika, suradnju s članovima tima i laicima i aplikaciju sestrinskog procesa i sestrinskog menagmenta.

Sestrinsku anamnezu čini skup obivenih podataka o fizičkom, psihičkom i socijalnom stanju starije osobe te se njom utvrđuje potreba za zdravstvenom njegom i definiraju se sestrinske dijagnoze.

Sestrinska anamneza i zdravstvena njega direktno utiču na zaštitu i unapređenje zdravlja starijih osoba, povećanje očekivanog trajanja života i smanjenjasmrtnosti, osiguravanje najviše moguće razine fizičkog i psihičkog zdravlja i poboljšanje kvalitete života i funkcionalne sposobnosti.

Najčešće sestrinske dijagnoze su:

- visok rizik za nastanak ozljeda,
- visok rizik za pad,
- neučinkovito održavanje zdravlja i konzumiranja lijekova,

- nesurađivanje,
- smanjena mogućnost održavanja osobne higijene i odijevanja,
- smanjena mogućnost obavljanja eliminacija,
- smanjena pokretljivost,
- visok rizik za poremećaj prehrane i unos tekućine,
- bespomoćnost, beznadnost, nisko samopoštovanje,
- poremećaj osobnog identiteta, poremećaj socijalne interakcije i verbalne komunikacije,
- neadekvatna prilagodba,
- visoki rizik za samoozljeđivanjem (7).

Zdravstvena njega mora biti prilagođena svakoj osobi pojedinačno, pri čemu treba imati u vidu dob, tjelesno i psihičko stanje osobe i njegove kognitivne sposobnosti. Za izradu sestrinske anamneze medicinska sestra treba utvrditi potrebu za zdravstvenom njegom (prikupiti i analizirati podatke za sestrinsku dijagnozu), zatim planirati zdravstvenu njegu (utvrditi prioritete, definirati ciljeve i intervencije, izraditi plan zdravstvene njege) i provesti zdravstvenu njegu i njezinu evaluaciju.

Za izradu plana zdravstvene njege medicinska sestra mora najprije prikupiti potrebne podatke. Nakon prikupljanju podataka intervjuom, promatranjem i procjenom psihofizičkih karakteristika, analizom prijašnje i sadašnje medicinske dokumentacije, medicinska sestra prilazi izradi individualnog plana zdravstvene njegeu domu za starije i smještajau stambeni ili stacionarni dio doma.

1.8. Dom za starije i nemoće osobe

Domovi za starije i nemoćne osobe su ustanove za zbrinjavanje starijih osoba koje više nisu u mogućnosti brinuti se o svojim osnovnim životnim potrebama, a nemaju nikakvu pomoć rodbine. To su mjesta koja starijoj osobi sa znatno smanjenim fizičkim i psihičkim mogućnostima osiguravaju život dostojan čovjeka.

Iako promjena boravišta uzrokuje neugodnosti, izlaže pojačanom stresu i nezadovoljstvu starije osobe, zbog zdravstvenih problema i nemogućnosti brige o sebi, domovi su najsigurnije rješenje nastavak kvalitetnog života starije osobe.

1.9. Prijem u dom za starije osobe

Dolaskom novog korisnika u dom medicinska sestra na prijemu dobiva na uvid već postojeću medicinsku dokumentaciju samog korisnika (otpusna pisma, laboratorijske nalaze, potvrdu od liječnika obiteljske medicine), uzima anamnezu i heteropodatke od same pratnje korisnika (najčešće su to djeca i/ili supružnici). Davanjem podataka o roditelju djeca teško prihvaćaju novonastalo stanje poput demencije, a ne tako rijetko, dobiju se podaci kako su roditelji samostalni, živjeli sami, kuhali, obavljali higijenu, samo ponekad zaborave tko su im unučad, a tko djeca. Upotrebom samog upitnika dobivamo stvarno stanje korisnika i relevantne podatke o njegovom zdravstvenom i općem stanju.

Upitnici su jednostavni s jasnih pitanjima, a samo testiranje je kratko što uvelike pozitivno djeluje na korisnika koji je i ovako često uplašen i zatrpan pitanjima i obrascima za popunjavanje.

Dobivenim rezultatima medicinska sestra će moći lakše napraviti plan zdravstvene njege s intervencijskim postupcima, ciljem i samom evaluacijom.

1.9. Samozbrinjavanje – *Self menagment*

Nakon izrade individualnog plana zdravstvene njege i smještavanja korisnika u stambeni ili stacionarni dio doma, medicinska sestra usmjerava korisnika kako poboljšati kvalitetu života i njihove aktivnosti za samozbrinjavanjem (oblačenje, kupanje, hranjenje, osobna higijena), usmjeravati ga prema okupacijskim aktivnostima u slobodno vrijeme (učestvovanjem u radnoj terapiji i vježbama za održavanjem fizičke aktivnosti) i njegovu interakciju s ostalim korisnicima doma te smanjiti ovisnost korisnika o tuđoj pomoći razvijajući postojeće vještine, te učeći i savladavajući nove sposobnosti s krajnjim ciljem poboljšanja kvalitete života.

Prema Clarku (1984.) poboljšanje smisla života ujedno je poboljšanje motivacije i samopouzdanja osoba starije dobi definiranog suradnjom, potrebom za promjenom, društvenošću, nadležnošću i primjenom novih informacija i znanja (8).

2. CILJ RADA

Na temelju dosadašnji praktičnih spoznaja cilj rada je istražiti sposobnost osoba starije životne dobi za samozbrinjavanjem odnosno stanje pokretljivosti, zdravlja, funkcionalne sposobnosti i depresivnosti osoba starije životne dobi smještenih u domu za starije i nemoćne „Vita Nova“ u Bjelovaru, utvrditi funkcionalne sposobnosti korisnika i osobnu procjenu zadovoljstva te procijeniti sposobnosti samozbrinjavanja starijih osoba od strane više medicinske sestre.

Na osnovu rezultata, planirana je zdravstvena njega te je učinjeno raspoređivanje korisnika unutar doma u stambeni ili stacionarni dio doma.

Dom za starije „Vita Nova“ ima dvije vrste smještaja:

- stambeni dio (korisnik u tom djelu je samostalan, a njegova soba je njegov stan te je privatnost na prvom mjestu; dolasci medicinske sestre moraju biti najavljeni i dogovoreni ili na hitan poziv preko sustava za poziv u pomoć);
- stacionarni dio – 24-satna njega (medicinske sestre i njegovatelji prisutni su dvadeset četiri sata i obavljaju sve potrebno za korisnika - što bi inače radio sam da mu zdravlje dopušta, potiču korisnika na samozbrinjavanje, kretanje, radnu terapiju i poboljšanje kvalitete života.

3. ISPITANICI I METODE

Istraživanje je provedeno u domu za starije i nemoćne osobe „Vita Nova“ Bjelovar. Ispitanici su, trenutno, korisnici ustanove u starijoj životnoj dobi. Sudjelovali su u istraživanju dobrovoljno nakon potpisivanja informiranog pristanka.

Za prikupljanje podataka primijenili smo metodu anketiranja koristeći se standardiziranim upitnicima:

- Upitnik o zdravlju pacijenata - 9 (PHQ-9)
- Upitnik „Partneri u zdravlju“ (PIH)

3.1. Upitnik o zdravlju pacijenata – 9 (PHQ-9)

Upitnik PHQ-9 je višenamjenski instrument za projekciju, dijagnosticiranje, praćenje i mjerenje težine depresije:

- PHQ-9 uključuje DSM-RV dijagnostičke kriterije depresije s ostalim glavnim simptomima depresije obrađenima u kratkim izvješćima.
- Alat ocjenjuje učestalost simptoma čiji čimbenici su uključeni u indeks bodovanja ozbiljnosti.
- Pitanje 9 na PHQ-9 obrascima služi za prikaz prisutnosti i trajanje ideacije samoubojstva.
- Pitanjima u PHQ-9 obrascu dodjeljuje se težina u mjeri u kojoj depresivni problemi utječu na razinu funkcioniranja kod pacijenata.

Upitnik PHQ-9 je koristan i u kliničkoj praksi. PHQ-9 se može popuniti od strane pacijenta u samo nekoliko minuta, te je prikladan za brz pregled od strane kliničara. Upitnik PHQ-9 se također može više puta primjenjivati, te se može koristiti za prikaz poboljšanja ili pogoršanja depresije u odnosu na liječenje.

Psihometrijske osobine

- dijagnostički valjanost upitnika PHQ-9 je utemeljena u studijama koje uključuju 8 primarne zaštite i 7 akušerske klinike.

- PHQ rezultati ≥ 10 bodova imaju osjetljivost od 88% i specifičnost od 88% za veliku depresiju.
- PHQ-9 rezultati bodova od 5,10,15 i 20 predstavljaju blagu, umjerenu, umjereno tešku i tešku depresiju (9)

Dijagnoza depresije koja zahtjeva liječenje ili promjenu liječenja, treba barem jedno od prva dva pitanja potvrđeno kao pozitivno ("Više od polovine navedenih dana" ili "Skoro svaki dan") u posljednja dva tjedna. Osim toga, deseto pitanje o teškoćama na poslu ili kod kuće ili kod ophodnje s drugim ljudima treba odgovoriti biti barem "Donekle teško".

Težina simptoma ocjenjuje se na osnovu sljedeće tablice:

PHQ-9 broj bodova	Privremena dijagnoza	Preporučeni tretman Svojstva pacijenta treba uzeti u obzir
5-9	Minimalni simptomi *	Podrška, educirati zvati ako bude gora, povratak za mjesec dana
10-14	Manja depresija ++ Dysthymia* Depresija, blago	Podrška, budno čekati Antidepresivi ili psihoterapija Antidepresivi ili psihoterapija
15-19	Depresija, umjereno ozbiljno	Antidepresivi ili psihoterapija
> 20	Depresija, ozbiljno	Antidepresivi ili psihoterapija (posebno ako nema poboljšanja monoterapijom)

Tablica 3.1. Privremena dijagnoza i preporučeni tretmani temeljem Upitnika PHQ-9

* Ako su simptomi prisutni \geq dvije godine, onda je vjerojatno kronična depresija koja zahtjeva antidepresive ili psihoterapiju (pitati "Da li ste se u posljednje 2 godine osjećali depresivno ili tužno većinu dana, čak i ako se ponekad dobro osjećate?")

++ Ako se simptomi prisutni \geq jedan mjesec ili teška funkcionalna oštećenja, razmotrite aktivnu terapiju.

3.2. Upitnik „Partneri u zdravlju“

Partneri u zdravlju (PIH)

Humanitarna udruga Partners in Health (Partneri u zdravlju) osnovana je sedamdesetih godina prošlog stoljeća. Osnovao ju je već kao student Jim Yong Kim u suradnji sa svojim kolegama s Harvarda. Partneri u zdravlju nastoje postići dva prvenstvena cilja: donijeti blagodati moderne medicinske znanosti onima u najvećoj potrebi za njima i da služe kao „protuotrov“ za depresiju. Partneri u zdravlju razvili su posebni upitnik za praćenje samoupravljanja kod osoba s kroničnom bolesti.

Samoupravljanje kod bolesnika s kroničnim bolestima

Kronična bolest uzrokuje većinu bolesti i teret je zdravstvenih troškova u razvijenim zemljama, međutim, to se može znatno smanjiti samoupravljanjem pacijenata.

Studija samoupravljanja pacijenata ispituje razine samoupravljanja kod bolesnika s kroničnim bolestima (kroničnog zatajenja srca, kroničnih bolesti dišnog sustava, Parkinsonove bolesti i kronične šizofrenije) umjerene jačine koji su doživjeli neku bolest i pogoršanje u posljednjih mjesec dana. Pacijentove percepcije vlastite učinkovitosti u odnosu na njihovo samoupravljanje i njihov osjećaj koherentnosti ocjenjuju se na početku, te mjesec dana kasnije.

Upitnik „Partneri u zdravlju“ (PIH)

Upitnik Partneri u zdravlju (PIH) ima vrijednost među pacijentima i svim zdravstvenim djelatnicima (npr. medicinske sestre), a temelji se na definiciji samoupravljanja.

PIH upitnik pokazao se vrlo pouzdanim. Većina sudionika vjeruje da je upitnik u opsegu i formi lak za razumjeti ili interpretirati.

Preliminarna faktorska analiza je pokazala da PIH upitnik ima stabilnu i smislenu podlogu.

Tri su pokazatelja - čimbenika na kojima se temelji upitnik uključujući jezgru samoupravljanja, stanje znanja, te simptomi i nadzor. Ovi temeljni faktori su naglasili dokaz da programi koji imaju za cilj za poboljšanje zdravlja pacijenta isključivo povećanjem njihovog stanja imaju podlogu za uspjeh.

Upitnik „Partneri u zdravlju“ – PIH može pomoći zdravstvenim djelatnicima za uvođenje koncepta samoupravljanja kod svojih pacijenata, te pruža brz popis područja samoupravljanja koje mogu dovesti do intervencija usmjerenih na pojedinca.

Upitnik procjene samoupravljanja za pacijente s kroničnim zdravstvenim stanjima je relevantan za postavljanje primarne zdravstvene zaštite.

U cijelosti, samoupravne intervencije ili programi doveli su do:

- a) poboljšanja zdravlja i ostalog (npr. rad) ponašanja;
- b) poboljšanja zdravlja uključujući fizičku funkcioniranje i psihološko blagostanje;
- c) smanjenje neplaniranog korištenja zdravstvenih usluga.

Važno je napomenuti kako se medicinsko samoupravljanje može identificirati pomoću jednostavnog upitnika. Prednost takvog instrumenta je pružiti jednostavan alat za pacijente i liječnike kojim mogu procijeniti samoupravljanje u određenom trenutku i u određenom vremenskom razdoblju, planirati intervencije i potrebe pojedinca i mjeriti ishod tokom vremena.

Partneri u zdravlju su usredotočeni prvenstveno na razvoj procesa i alate kojima bi pomogli zdravstvenim djelatnicima (općenito doktorima, medicinskim sestrama i srodnim zdravstvenim djelatnicima) da u suradnji s kronično oboljelim pacijentima povećaju njihovu sposobnost samoupravljanja. PIH upitnik je alat za samoprocjenu razvijen kao dio tog procesa.

Upitnik Partneri u zdravlju (PIH) ima za cilj istražiti mjere generičkog samoupravljanja kod pacijenata s kroničnim bolestima.

Predmeti upitnika temelje se na definiciji samoupravljanja izvedenim iz literatura i rafiniranih ekspertnim skupina, uključujući pacijente i zdravstvene djelatnike.

Samoupravljanje osoba s kroničnom bolešću uključuje sudjelovanje u aktivnostima koje štite i promiču zdravlje, nadzor i upravljanje simptoma i znakovima bolesti, te suočavanje s utjecajima bolesti na funkcioniranje, emocije i međuljudske odnose držeći se režima liječenja.

Cilj samoupravljanje je pomaganje sudionicima da postanu aktivniji.

Kronična bolest se najbolje liječi uravnoteženom tradicionalnom medicinskom skrbi i praksom dan po dan.

Samoupravljanje kod kroničnih bolesti se temelje na širokoj definiciji:

- uzima u obzir pojedinca s kroničnim stanjem, njegovateljima, obitelji i zdravstvenim djelatnicima,
- samoupravljanje je holistički pristup koji priznaje medicinske i psiho-socijalne komponente stanja i
- ima za cilj osnaživanje pojedinca kroz proaktivne i prilagodljive strategije.

Stoga, sveobuhvatna definicija samoupravljanja je:

Samoupravljanje uključuje pojedinca u partnerstvu sa svojim njegovateljima i zdravstvenim djelatnicima, tako da (i) on:

1. je upoznat sa svojim stanjem i opcijama raznih tretmana;
2. sudjeluje u planu skrbi (Care Plan);
3. sudjeluje u aktivnostima koje štite i promiču zdravlje;
4. nadzire i upravlja simptomima i raznim znakovima upozorenja;
5. utječe na fizičko funkcioniranje, emocije i međusobne odnose.

Osim medicinskih i psihosocijalnih aspekata bolesti pacijenta, navedena načela podupiru važnost odnosa između pacijenta i zdravstvenog djelatnika, priznajući da pozitivan ili negativan odnos može imati utjecaj na samoupravljanje i na kraju krajeva zdravlje pacijenta.

Pacijenti i zdravstveni djelatnici složili su se da je upitnik prihvatljiv i jednostavan za korištenje, a zdravstveni djelatnici su podržali njegovu kliničku korisnost.

Dizajniran je upitnik od 12 pitanja koji ima za cilj izmjeriti definiciju samoupravljanja. Upitnik je kratak i precizan.

Deveteroznamenasta skala s ocjenama od 0 do 8, koristi se za svako pitanje, pitanje treba ocijeniti prema percepciji pojedinca na njihovu razinu samoupravljanja od 0 – lošeg samoupravljanja do 8 - dobrog samoupravljanja

4. REZULATI

Rezultati istraživanja pokazuju težinu depresivnih problema koji utječu na razinu funkcioniranja korisnika smještenih u domu za starije osobe.

Kvotni uzorak je 46 ispitanika, korisnici stambenog i stacionarnog dijela.

Analizom prikupljenih podataka iz upitnika došli smo do podataka da je 21 ispitanik od ukupno 46 u posljednja 2 tjedna imao više od polovine navedenih dana ili gotovo svaki dan smanjen interes ili zadovoljstvo u obavljanju uobičajenih stvari i/ili osjećaj potištenosti, depresije ili beznađa.

Od 21 ispitanika koji su pokazali znakove smanjenoga interesa i zadovoljstva i/ili potištenosti, njih 16 uz navedeno pokazuju još minimalno 3 pokazatelja poremećaja u svakodnevnom životu, kao što su znakovi umora i nedostatka energije, problemi sa snom, poremećaj apetita, loš osjećaj oko sebe samoga i poteškoće s koncentracijom i usporenost.

Kod navedenih 16 ispitanika za čak njih 7 je zabilježeno prisustvo razmišljanja o smrti ili ozljeđivanju sebe samoga.

Svih 7 ispitanika je navelo da ima prisutne teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti te da im je otežana komunikacija s drugim ljudima.

Završenom analizom rezultata primjenjujući metode opisane u poglavlju Upitnik o zdravlju pacijenata (PHQ-9) – Bodovanje utvrdili smo da kod već spomenutih 7 ispitanika možemo postaviti privremenu dijagnozu jednog od oblika depresije.

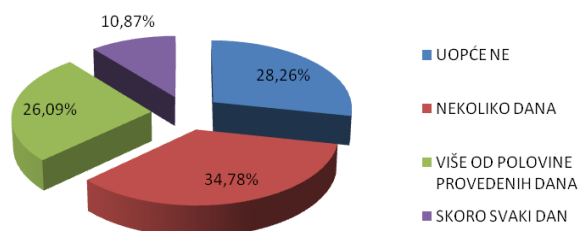
Daljnjom analizom dobivenih rezultata ustanovili smo da se kod svih 7 ispitanika zbroj ukupnih bodova dobivenih popunjavanjem upitnika kreće u rasponu od 15 do 19.

Temeljem dobivenih rezultata možemo za svih 7 ispitanika postaviti istu privremenu dijagnozu umjereno ozbiljne depresije.

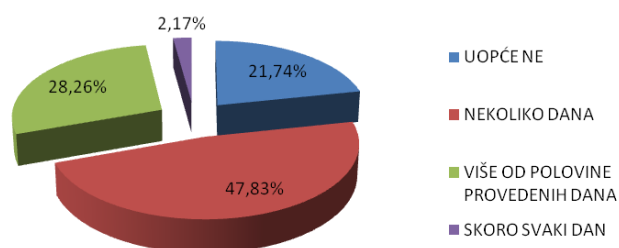
Za postavljenu privremenu dijagnozu kod svih ispitanika preporuča se tretman liječenja koji obuhvaća liječenje pacijenta antidepresivima ili psihoterapijom.

Razrada po pitanjima:

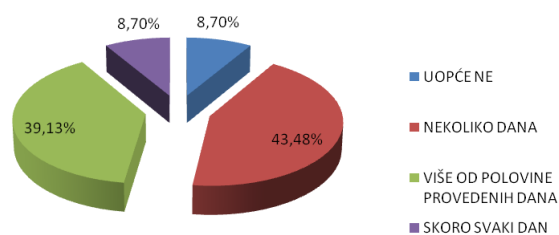
1. SMANJEN INTERES ILI ZADOVOLJSTVO U OBAVLJANJU UOBIČAJENIH STVARI			
UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
13	16	12	5
28,26%	34,78%	26,09%	10,87%



2. IMALI STE OSJEĆAJ POTIŠTENOSTI, DEPRESIJE ILI BEZNAĐA?			
UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
10	22	13	1
21,74%	47,83%	28,26%	2,17%



3. TEŠKO STE ZASPALI, ILI STE LOŠE SPAVALI, ILI STE PAK PREVIŠE SPAVALI			
UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
4	20	18	4
8,70%	43,48%	39,13%	8,70%



4. OSJEĆAJ UMORA I NEDOSTATKA ENERGIJE

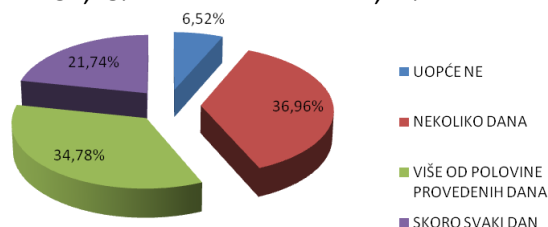
UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
3	17	16	10

6,52%

36,96%

34,78%

21,74%



5. BILI STE OSLABLJENOG APETITA ILI SE PREJEDALI

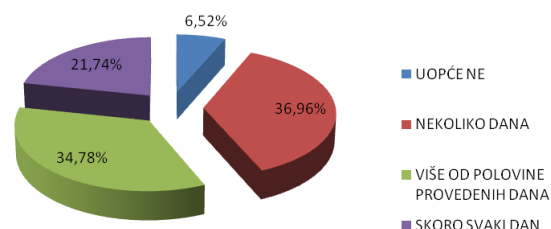
UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
6	19	16	5

13,04%

41,30%

34,78%

10,87%



6. LOŠ OSJEĆAJ U SVEZI SEBE SAMOG – ILI DA NISTE USPJELI U ŽIVOTU ILI DA STE IZNEVJERILI SEBE ILI SVOJU OBITELJ

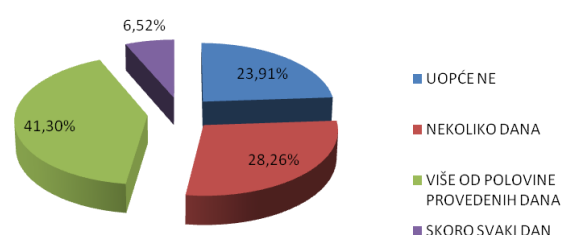
UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
11	13	19	3

23,91%

28,26%

41,30%

6,52%



7. POTEŠKOĆE S KONCENTRACIJOM, NPR. PRILIKOM ČITANJA NOVINA ILI GLEDANJA TELEVIZIJE

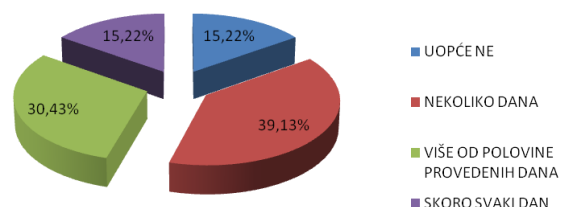
UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
7	18	14	7

15,22%

39,13%

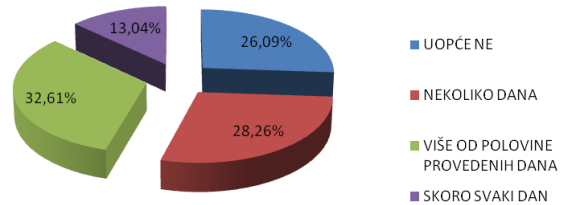
30,43%

15,22%



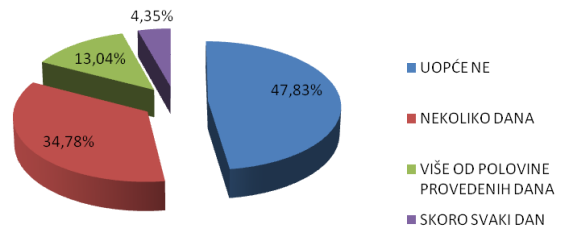
8. KRETALI STE SE ILI RAZGOVARALI USPORENO TAKO DA SU TO MOGLI I DRUGI PRIMIJETITI? ILI NAPROTIV – BILI USPLAHIRENI ILI NEMIRNI, TAKO DA STE SE MORALI KRETATI VIŠE NEGO UOBIČAJENO?

UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
12	13	15	6
26,09%	28,26%	32,61%	13,04%



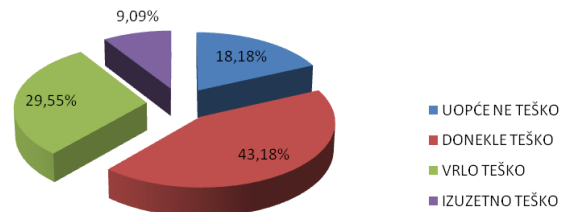
9. RAZMIŠLJALI STE KAKO BI BILO BOLJE DA STE MRTVI ILI DA SE OZLIJEDITE NA NEKI NAČIN?

UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE PROVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
22	16	6	2
47,83%	34,78%	13,04%	4,35%



10. AKO STE OZNAČILI NEKE OD NAVEDENIH PROBLEMA, KOLIKO STE SE TEŠKO ZBOG NJIH BAVILI SVOJIM POSLOM, BRINULI O KUĆANSTVU ILI OPHODILI S DRUGIM LJUDIMA?

UOPĆE NE TEŠKO	DONEKLE TEŠKO	VRLO TEŠKO	IZUZETNO TEŠKO
8	19	13	4
18,18%	43,18%	29,55%	9,09%



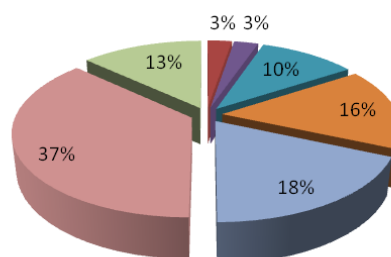
Dalje smo u istraživačkom radu primijenili Upitnik „Partneri u zdravlju“ (PIH). Kvotni uzorak je 38 ispitanika, korisnici stambenog i stacionarnog dijela.

Od 38 ispitanika njih 37 % ispitanika navelo je da o svom zdravlju zna puno, da 34% znaju o svojem liječenju i lijekovima koji se koriste za liječenje zdravstvenog stanja, te da 45% ispitanika uzima lijekove i provodi svoje liječenje onako kako mu je savjetovao liječnik ili drugi zdravstveni radnik.

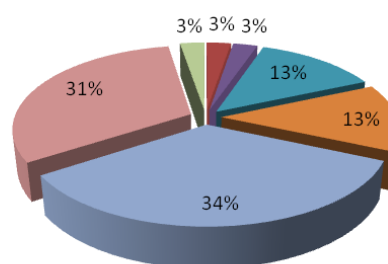
U odnosu na procjenu vlastitog zdravstvenog stanja, korisnici koji koriste stambeni dio doma (32 %) naveli su da se osjećaju dobro bez obzira imaju li neku kroničnu bolest, dok korisnici koji su teško pokretni ili nepokretni ne osjećaju dobro i nezadovoljni su jer im je potrebna stalna pomoć druge osobe.

Razrada po pitanjima:

1. O svojem zdravstvenom stanju općenito znam:								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
	1		1	4	6	7	14	5
Vrlo malo			Ponešto			Puno		

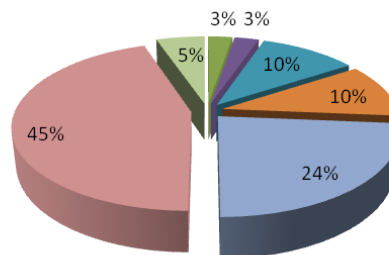


2. O svojem liječenju i lijekovima koji se koriste za liječenje mojeg zdravstvenog stanja općenito znam:								
0	1	2	3	4	5	6	7	8
	1		1	5	5	13	12	1
Vrlo malo			Ponešto			Puno		



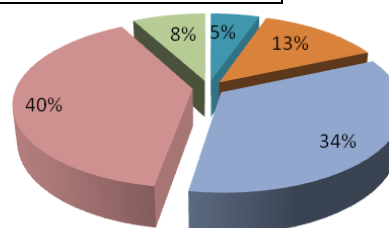
3. Uzimam lijekove i provodim svoje liječenje onako kako mi je savjetovao moj liječnik ili drugi zdravstveni radnik:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
		1	1	4	4	9	17	2
Nikada			Ponekad			Uvijek		



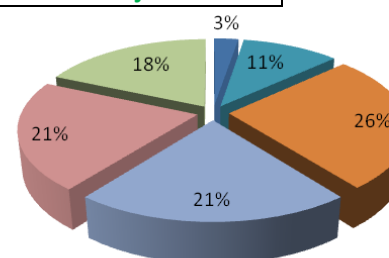
4. Sudjelujem u odlučivanju o mojem zdravstvenom stanju zajedno sa svojim liječnikom ili drugim zdravstvenim djelatnikom:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
				2	5	13	15	3
Nikada			Ponekad			Uvijek		



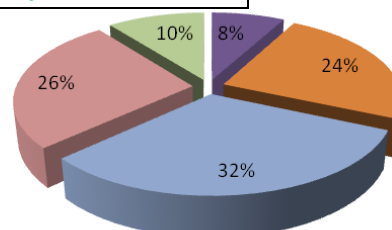
5. Od zdravstvenih djelatnika uspijevam dobiti zdravstvenu uslugu koja je u skladu s mojom kulturom, vrijednostima i uvjerenjima:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
1				4	10	8	8	7
Nikada			Ponekad			Uvijek		



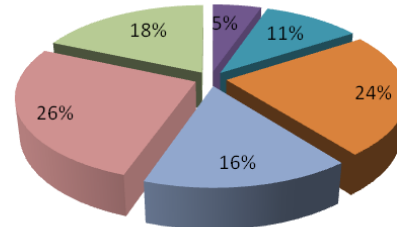
6. Na preglede odlazim prema uputama svojega liječnika ili drugog zdravstvenog djelatnika:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
			3		9	12	10	4
Nikada			Ponekad			Uvijek		



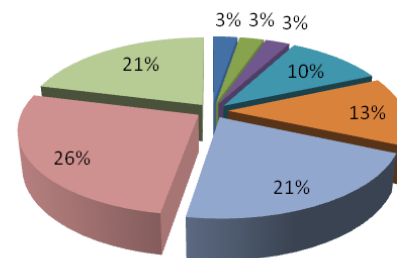
7. Pratim svoje simptome i razne znakove upozorenja (npr. razinu šećera u krvi, maksimalnu brzinu izdisaja, tjelesnu težinu, gubitak daha, bol, probleme sa spavanjem, raspoloženje):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
			2	4	9	6	10	7
Nikada			Ponekad			Uvijek		



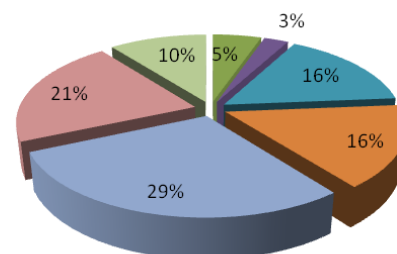
8. Poduzimam odgovarajuće mjere kada se rani znakovi upozorenja i simptomi pogoršaju:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
1		1	1	4	5	8	10	8
Nikada			Ponekad			Uvijek		



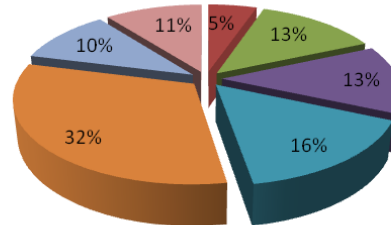
9. Nosim se s posljedicama koje moje zdravstveno stanje ima na moju fizičku aktivnost (npr. hodanje, kućanski poslovi):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
		2	1	6	6	11	8	4
Ne baš dobro			Prilično dobro			Vrlo dobro		



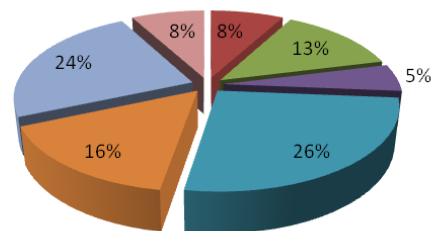
10. Nosim se s posledicama koje moje zdravstveno stanje ima na to kako se osjećam (tj. moje osjećaje i duševno zdravlje):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
	2	5	5	6	12	4	4	
Ne baš dobro			Prilično dobro			Vrlo dobro		



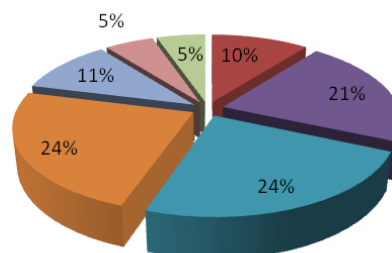
11. Nosim se s posledicama koje moje zdravstveno stanje ima na moj društveni život (tj. na druženje s drugim ljudima):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
	3	5	2	10	6	9	3	
Ne baš dobro			Prilično dobro			Vrlo dobro		



12. Općenito mislim da uspevam živjeti na zdrav način (npr. ne pušim, umjereno pijem alkohol, zdravo se hranim, redovito se krećem, nosim se sa stresom):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
	4		8	9	9	4	2	2
Ne baš dobro			Prilično dobro			Vrlo dobro		



5. RASPRAVA

Jedino istraživanje ovakvog tipa u Hrvatskoj, korištenjem „Upitnika o zdravlju pacijenta“ i „Partneri u zdravlju“ za evaluaciju korisnika kod prijema u dom, provedeno je u domu za starije i nemoćne osobe „Vita Nova“ Bjelovar.

Ostala istraživanja bave kvalitetom života u domovima za starije i nemoćne osobe (10, 11).

U suradnji s ostalim domovima za starije i nemoćne osobe diljem Hrvatske, dolazi se do saznanja da domovi koriste jedino medicinsku dokumentaciju i razgovor s rodbinom kao podlogu procjene za smještaj u dom.

Medicinsko osoblje u domu za starije i nemoćne osobe „Vita Nova“ Bjelovar koristi postojeću medicinsku dokumentaciju samog korisnika (otpusna pisma, laboratorijske nalaze, potvrdu od liječnika obiteljske medicine), uzima anamnezu i heteropodatke od same pratnje korisnika i analizu upitnika koji budući korisnik ispunjava, te se tako dobije konačna evaluacija korisnika, podaci o njegovom zdravstvenom i općem stanju, sposobnost o samozbrinjavanju i samoprocjena zadovoljstva životom. Tako se lakše može napraviti plan zdravstvene njege s intervencijskim postupcima i rehabilitacijom korisnika unutar doma za starije, bilo u stambeni ili stacionarni dio, sve u svrhu poboljšanja kvalitete života.

Hagedorn (1995.) navodi važnost analize okružja u osoba starije dobi. Ono može biti: kontekstualno (fizičko, humani elementi unutar okružja), zahtjevno (efekte okružja sukladno ponašanju pojedinca) uz uvažavanje potencijala za adaptaciju (8).

Godine 2011. provedeno je istraživanje „Neke dimenzije kvalitete života starijih osoba s invaliditetom“ od strane doc.dr.sc. Ane Štambuk sa Sveučilišta u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada (10). Na uzorku od 114 starijih osoba s invaliditetom iz različitih područja Republike Hrvatske ispitane su varijable vezane uz kvalitetu života ove skupine stanovništva – sposobnost u samozbrinjavanju i održavanju domaćinstva, zadovoljstvo izvorima podrške u svakodnevnom životu te zadovoljstvo sadašnjim životom. Primjenom anketnog upitnika dobiveni su rezultati koji upućuju na razlike u percepciji kvalitete života s obzirom na dob i spol, a gotovo 2/3 ispitanika svoju kvalitetu života opisuje zadovoljavajućom (10).

Godine 2010. provedeno je istraživanje o kvaliteti života starijih osoba smještenih u domove za starije i nemoćne osobe u Zagrebu od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH, (11). Istraživanje je provedeno na kvotnom uzorku (N=250) osoba smještenih u domove za starije i nemoćne osobe u gradu Zagrebu. Upitnik je bio konstruiran po uzoru na više

instrumenata primjenjivanih u sličnim istraživanjima prilagođen potrebama istraživanja. Faktorska analiza utvrdila je nekoliko faktora koji čine subjektivnu kvalitetu života (zadovoljstvo životom, zadovoljstvo postignućima i zadovoljstvo životom u domu), zatim objektivnu kvalitetu života (financijska neovisnost i zdravlje) te zadovoljstvo uslugama doma (druženje i aktivnosti, smještaj, usluge osoblja i hrana). Starije osobe, sudionici ovog ispitivanja, su ukupnu kvalitetu života procijenili osrednjom, ni pretjerano dobrom ni pretjerano lošom. Subjektivnu procjenu kvalitete života koju su činile subskale: zadovoljstvo životom u domu, zadovoljstvo životnim postignućima i zadovoljstvo životom su procijenile osrednjom. Najmanje su zadovoljni životom. Objektivna procjena kvalitete života mjerena je subskalama zdravlja i financijske samostalnosti. Subskala financijske ovisnosti je procijenjena lošije ($M=2,8$). Stoga ukupna procjena kvalitete života daje prosječnu vrijednost od 3,52. Znači da se ukupna kvaliteta života starijih osoba promatrana kroz subjektivnu i objektivnu domenu kvalitete života pokazala osrednjom (11).

Istraživanjem koje je obuhvatilo i korištenje „Upitnika o zdravlju pacijenta“ i „Partneri u zdravlju“ za evaluaciju korisnika kod prijema u dom za starije, omogućila se stvarna analiza budućeg korisnika o njegovom zdravstvenom i općem stanju i sposobnosti o samozbrinjavanju. Dobivena evaluacija je temelj za raspoređivanje korisnika unutar doma (stambeni ili stacionarni dio), osnova za plan zdravstvene njege s intervencijskim postupcima te je učinjena ponovna raspodjela pacijenata u domu.

6. ZAKLJUČAK

Promjene koje često dolaze u kasnijoj životnoj dobi, poput umirovljenja, smrti voljene osobe, promjena okoline (odlazak u dom za starije osobe), zdravstveni problemi, mogu dovesti do depresije i fizičke nemoći. Depresija onemogućava starijim osobama da uživaju u životu kao što su navikli, utječe na njihovu energiju, kvalitetu spavanja, apetit i fizičko zdravlje. Kronična bol i tjelesna invalidnost može razumljivo povući osobu put dna.

Cilj intervencije kod osoba starije životne dobi je omogućiti adaptaciju okruţja ovisno o vrsti i stupnju poteškoća i prilagodbu okruţja trenutnom stanju pojedinca.

Medicinska sestra ima veliku ulogu u procjeni okruţja zdravstvene rehabilitacije osoba starije dobi. Usmjeravanjem korisnika potiče ga na suradnju za samozbrinjavanje i održavanje zdravlja (oblačenje, kupanje, hranjenje, osobna higijena), potiče ga u aktivnostima u slobodno vrijeme (učestvovanje u radnoj terapiji i vježbama za održavanje fizičke aktivnosti) i njegovu interakciju s ostalim korisnicima. Medicinska sestra prati učinkovitost intervencija povremenim ponovnim procjenama te usklađuje zdravstvene i socijalne intervencije u domu za starije osobe.

Korištenjem skala procjene sposobnosti samozbrinjavanja može se podići kvaliteta zdravstvene njege kojoj prethodi objektivizirana procjena.

Krajnji cilj - poboljšanje kvalitete života.

7. LITERATURA

1. Galić S. i sur.: Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologijestarenja. Medicinska škola Osijek, 2014; 1-3.
2. Roso M.: Funkcionalna sposobnost, samoprocjena zdravlja i zadovoljstvo životom starijih osoba u domu umirovljenika. Sestrinski glasnik, 2016; 21(3): 270-274.
3. Ajduković M, Ručević S, Majdenić M. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. Revija za socijalnu politiku, 2013; 20(2): 149-165.
4. Frančula-Černja S. Depresivni poremećaji u starijoj životnoj dobi, www.zdravobudi.hr (23.12.2015.)
5. Centar za gerontologiju. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće / obiteljske medicine u domu za starije osobe, Zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2012; 146-149.
6. Stavljenić-Rukavina A. i sur. Kvaliteta dugotrajne skrbistarijih osoba, priručnik, Zagreb 2012; 10-17.
7. Kadović M. i sur. Sestrinske dijagnoze II, Zagreb 2013; 39-49.
8. Šimunović D. Radna terapija u gerijatriji. Ljetopis socijalnog rada, 2004; 11(2): 289-300.
9. Kroenke K. Spitzer R. Williams W.: The PHQ-9 Validity of a brief depression severity measure. JGIM, 2001; 16:606-616.
10. Štambuk A, Žganec N, Nižić M. Neke dimenzije kvalitete života starijih osoba s invaliditetom. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 2011; 11(2): 84-95.
11. Lovreković M, Leutar Z.: Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. Socijalna ekologija : časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline, 2010; 19(1): 55-79.

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja je istražiti sposobnost samozbrinjavanja starijih osoba kod prijema u Dom za starije osobe Vita Nova u Bjelovaru, utvrditi postoje li razlike u funkcionalnim sposobnostima korisnika i razlike u osobnoj procjeni zdravlja.

U istraživanju su korištena dva upitnika: Upitnik o zdravlju pacijenata (PHQ-9) i upitnik Partneri u zdravlju (PIH).

Istraživanje je provedeno u Domu za starije osobe Vita Nova u Bjelovaru, a u istraživanju je uključeno 48 ispitanika (36 % korisnika doma).

Zdravstvena njega i aktivno sudjelovanje osoba starije životne dobi u socijalnim, kulturološkim i duhovnim aktivnostima ima svrhu autonomnosti i neovisnosti prilagodbi tih osoba novoj sredini u kojoj se nalaze.

Ključne riječi: funkcionalna sposobnost samozbrinjavanja • starije osobe • dom umirovljenika

Kratki naslov: Starije osobe u domu umirovljenika

9. SUMMARY

The goal of the research is to investigate the ability of self-care of elderly people on their admission to the house for the elderly Vita Nova in Bjelovar, determine whether there are differences in the functional abilities of users and differences in personal health assessment. The study used two questionnaires: Health Questionnaire patients (PHQ-9) and questionnaire Partners in Health (PIH).

The survey was conducted in the house for the elderly Vita Nova in Bjelovar, and in the study included 48 patients (36% of users at home).

Health care and the active participation of the elderly in social, cultural, spiritual activities have the effect of autonomy and independence and the adaptation of such persons to the new environment in which they are located.

Keywords: Functional ability self management • elderly people • retirement home

Running head: elderly people at retirement home

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>veljača 2017.</u>	Ivana Maričić	Ivana Maričić

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

IVANA MARIČIĆ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, veljica 2017.

Ivana Maričić

potpis studenta/ice