

Učinak cjeloživotnog osposobljavanja medicinskih sestara i negovateljica na zaštitu zdravlja starijih ljudi

Đapić-Kolak, Zdravka

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:715193>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-21**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Zdravka Đapić - Kolak

**UČINAK CJELOŽIVOTNOG OSPOSOBLJAVANJA
MEDICINSKIH SESTARA I NJEGOVATELJICA NA
ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH LJUDI**

Diplomski rad

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Zdravka Đapić - Kolak

**UČINAK CJELOŽIVOTNOG OSPOSOBLJAVANJA
MEDICINSKIH SESTARA I NJEGOVATELJICA NA
ZAŠTITU ZDRAVLJA STARIJIH LJUDI**

**THE EFFECT OF LIFELONG TRAINING OF NURSES
AND CARERS AT ELDERLY HEALTH CARE**

Diplomski rad/ Master s thesis title

Mentor:

Doc. dr.sc. Vesna Antičević

Split, 2016.

Zahvala

Veliko hvala mojoj mentorici doc. dr. sc. Vesni Antičević na ukazanom povjerenju, nesebičnoj pomoći i podršci prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem se ravnatelju Doma za starije i nemoćne osobe Split, gospodinu Ivanu Škaričiću, prof. i ravnatelju Zavoda za hitnu medicinu Splitsko – dalmatinske županije gospodinu Leu Luetiću dr. med., koji su imali razumijevanja, te dali svoj pristanak za provođenje istraživanja u ustanovi čiji su ravnatelji. Hvala medicinskim sestrama i njegovateljicama Doma za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska“ koje su sudjelovale u provođenju istraživanja.

Zahvaljujem „mojim“ stručnim suradnicima koji su svojim angažmanom, sugestijama i kritičnim mišljenjem doprinijeli izradi ovog rada. Također, zahvaljujem se prijateljima na svim oblicima podrške.

Veliko HVALA mojoj obitelji, suprugu Ivanu, sinu Antoniu i kćeri Maji koji su mi bili potpora tijekom studija i nesebično pomagali. Ovaj diplomski rad posvećujem mojoj kćeri Maji.

Mnoga otkrića sačuvana su za vremena koja tek dolaze,

Kada sjećanje na nas bude već izbljedio.

Priroda ne otkriva svoje tajne odjednom i svima.

(Seneca, Naturales quaestiones, 1. stoljeće)

Zijad Duraković i suradnici

Farmakoterapija u gerijatriji, Zagreb, 2011.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| 1. UVOD..... | 1 |
| 1.1. Demografski pokazatelji..... | 1 |
| 1.2. Starenje stanovništva u Hrvatskoj | 3 |
| 1.3. Demografska slika Splitsko-dalmatinske županije..... | 5 |
| 1.3.1. Demografska slika Doma za starije i nemoćne osobe Split | 7 |
| 1.4. Starost i starenje | 8 |
| 1.5. Teorije starenja | 10 |
| 1.5.1. Biološke teorije starenja | 11 |
| 1.5.2. Sociološke teorije starenja | 11 |
| 1.5.3. Psihološke teorije starenja | 12 |
| 1.6. Oblici skrbi o starijim osobama..... | 16 |
| 1.7. Organizacija skrbi u javnim domovima | 19 |
| 1.7.1. Kompetencije i zadaci gerijatrijske medicinske sestre u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi..... | 26 |
| 1.7.2. Kompetencije i zadaci njegovateljice u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi | 27 |
| 1.8. Cjeloživotno usavršavanje osoblja | 27 |
| 1.9. Zadovoljstvo poslom | 30 |
| 2. CILJ | 32 |
| 3. METODE | 33 |
| 3.1. Sudionici..... | 33 |
| 3.2. Mjerni instrumenti | 33 |
| 3.3. Postupak | 34 |
| 4. REZULTATI | 36 |
| 4.1. Zadovoljstvo izobrazbom | 36 |
| 4.2. Broj intervencija tima hitne medicinske pomoći i broj umrlih korisnika u Domu | 45 |
| 5. RASPRAVA..... | 47 |
| 6. ZAKLJUČAK..... | 54 |
| 7. LITERATURA | 55 |
| 8. SAŽETAK | 58 |

| | |
|---------------------|----|
| 9. SUMMARY | 59 |
| 10. ŽIVOTOPIS | 61 |
| PRILOG 1..... | 66 |
| PRILOG 2..... | 70 |

1. UVOD

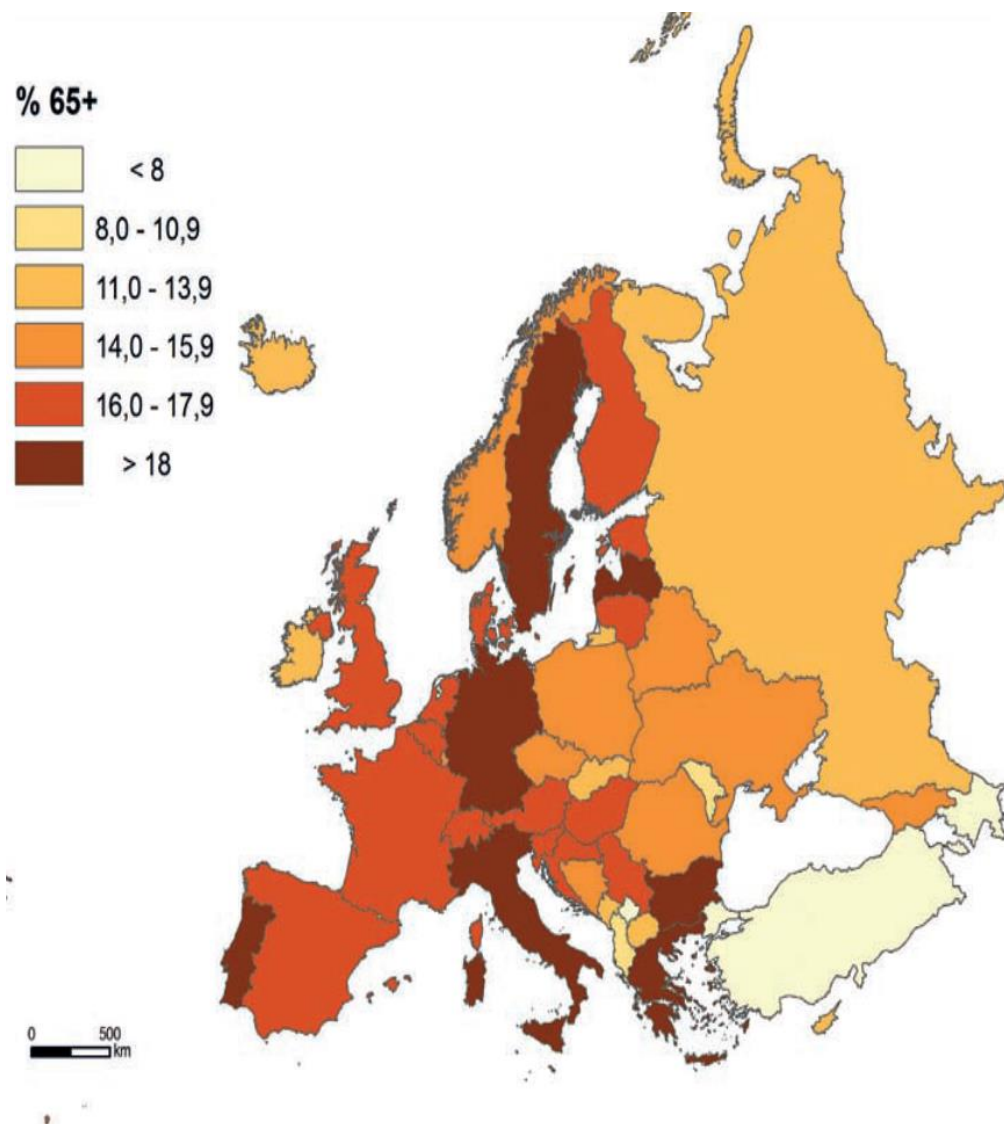
Zbog ubrzanog procesa starenja stanovništva kako u svijetu tako i u Hrvatskoj, zdravlje starijih osoba predstavlja sve veći izazov suvremenoj znanosti. Posljedice starijeg stanovništva je sve veća prisutnost kroničnih bolesti, koje povećavaju potrebu za korištenjem zdravstvenih i socijalnih usluga, a time i financijskih resursa društva. Znanstvena disciplina koja se bavi proučavanjem bioloških, fizičkih i psihičkih promjena starijeg organizma, te socijalno – ekonomskim problemima starijih naziva se **gerontologija** (grčki: gerontos – starac, logos – znanost) (1). Kao multidisciplinarna znanost o starom čovjeku, gerontologija nastoji odgovoriti na dva pitanja: kako doživjeti starost i što učiniti da starost bude kvalitetan, integralni dio sveukupnog životnog vijeka pojedinca. **Gerijatrija** (grčki: geron – starac, grčki: iatrija – liječim) medicinska je specijalnost koja se bavi liječenjem, dijagnostikom, sprječavanjem, rehabilitacijom i gerijatrijskom zdravstvenom njegom gerijatrijskih bolesnika (1).

Dinamične, zahtjevne i brze promjene koje se događaju zadnjih godina na području gerontologije i gerijatrije diktiraju nužnost cjeloživotnog obrazovanja zaposlenika koji pružaju zdravstvenu skrb starijim osobama. Znanja o posebnostima fiziologije organizma starije osobe, o karakteristikama i posebnostima bolesnih stanja starijih ljudi s ciljem unapređenja zdravlja i kvalitete njihova života trebaju biti imperativ svakog člana interdisciplinarnog tima koji se skrbe za starije osobe. Gerijatrijska zdravstvena njega ima ključnu ulogu u gerijatrijskoj i gerontološkoj zdravstvenoj skrbi i u zadovoljavanju zdravstvenih potreba starijih ljudi (1).

1.1. Demografski pokazatelji

Prema podacima Zaklade UN-a za stanovništvo, svijet će u narednih deset godina dostići brojku od milijardu ljudi starih 60 i više godina i morat će se bolje pripremiti za demografsko starenje. Međunarodno prihvaćena dobna granica za ulazak u starost je 65 godina života (2). Starije stanovništvo, u znanstvenoj literaturi koja prati skrb o starima, se dijeli u slijedeće tri dobne skupine: mlađa (65-74 g.), srednja (75-84 g.) i stara (85 i više g.). Ova podjela je nužna jer olakšava planiranje skrbi o starijim osobama, koje u

određenom momentu svog života postaju ovisne o pomoći i /ili njezi neke druge osobe. Hrvatska spada među zemlje s najstarijom populacijom. Jedna je od deset europskih zemalja s najvećim udjelom starijih od 65 i više godina u ukupnom stanovništvu. Njemačka 20,6%; Italija 20,3%; Grčka 19,2%; Portugal 19,1%; Švedska 18,5%; Bugarska 18,5%; Latvija 18,4%; Litva 17,9%; Austrija 17,8%; Hrvatska 17,7% i Finska 17,5 % (3), (Slika 1).



Slika 1. Klasifikacija stanovništva europskih zemalja za 2012. prema udjelu osoba u dobi od 65 i više godina (prema podacima PRB, 2012.)

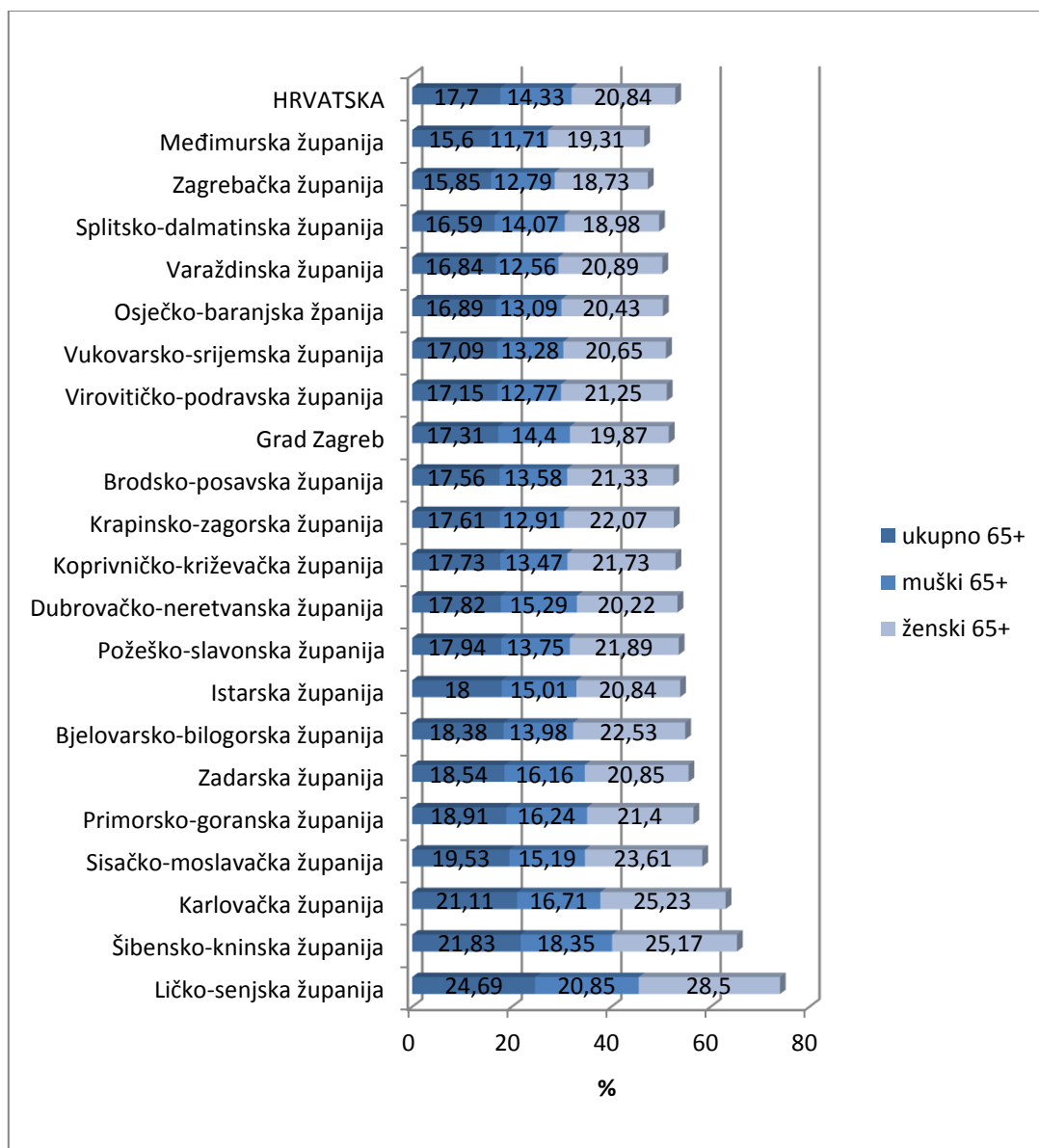
Izvor: PRB, Svjetski populacijski list, Population Reference Bureau, Inc, Washington, DC ; 2012.

1.2. Starenje stanovništva u Hrvatskoj

Proces ubrzanog starenja prisutan je i u Republici Hrvatskoj, koja se također ubraja među države s visokim udjelom starog stanovništva. Prema najnovijem popisu stanovništva iz 2011. godine, u Republici Hrvatskoj živi 17,7 % stanovništva starijeg od 65 godina, što je za 2 % više nego prije 10 godina (Slika 2). U Hrvatskoj svaki šesti stanovnik ima više od 65 godina. Prema projekciji kretanja stanovništva do 2050. godine Hrvatska će imati 30 % manje stanovnika nego danas, negdje oko 3 milijuna, a udio starijih će iznositi 26,8 %, odnosno milijun osoba u dobi od 65 i više godina, od čega će 9,7 % činiti osobe u dubokoj starosti od 85 i više godina. Glavni analitički pokazatelj starosti stanovništva je indeks starenja. Indeks starenja je podatak koji govori o postotnom udjelu osoba starih 60 i više godina u odnosu na broj osoba u dobi od 0 – 19 godina. Smatra se da je stanovništvo određenog područja zašlo u proces starenja, kad je indeks starenja veći od 40 % (4,5). Indeks starenja u Hrvatskoj 2011. godine bio je 115 %, 1953. godine (najranije godište za koje su dostupni podaci na stranicama Državni zavod za statistiku (DZS) bio je 27,9 %, dok je 1971. godine (za koju se smatra da je Hrvatska zakoračila u proces starenja stanovništva) iznosio 47,2 %. Koeficijent starosti (udio osoba u dobi od 60 i više godina u ukupnom stanovništvu), također pokazuje značajan porast. Tako se u Republici Hrvatskoj bilježi kontinuirani rast od 1953. godine kad je bio je 10,3 %, 1971. godine iznosio je 15 %, a 2011.godine 24,1 %, što govori da je u Hrvatskoj proces starenja stanovništva počeo 60-ih godina 20. stoljeća. Za određeno područje smatra se da je zašlo u proces starenja kad prijeđe vrijednost 12 %. Analizirajući različite metodološke pokazatelje o starosti, stanovništvo Republike Hrvatske ubraja se u stara društva s prosječnom dobi po popisu iz 2011. godine od 43,4 godine za žene i 39,9 godina za muškarce. U zadnjem desetljeću bilježi se značajan pad udjela mlađih dobnih skupina u ukupnom stanovništvu, a povećao se udio starijih osoba.

Očekivano trajanje života u Republici Hrvatskoj za rođene 1953. godine iznosilo je za žene 63,2 godine, a za muškarce 59,1 godina. Prema projekciji očekivanog trajanja života za rođene 2011. godine je za žene 79,9 godina, a muškarce 73,8 godina (6). U Hrvatskoj broj stogodišnjaka, osoba starijih od 95 godina 2011. godine iznosio je 2201 osoba. U Zagrebu je stogodišnjaka najviše, potom u priobalju, dok ih je u Slavoniji najmanje. Ovim podacima ide u prilog mediteranski način prehrane kao jedan od čimbenika aktivnog zdravog starenja. Dodatni problem u Hrvatskoj je što uz demografsko

starenje ide i depopulacija, što znači da više ljudi stari (i umire) nego što se djece rađa (7).

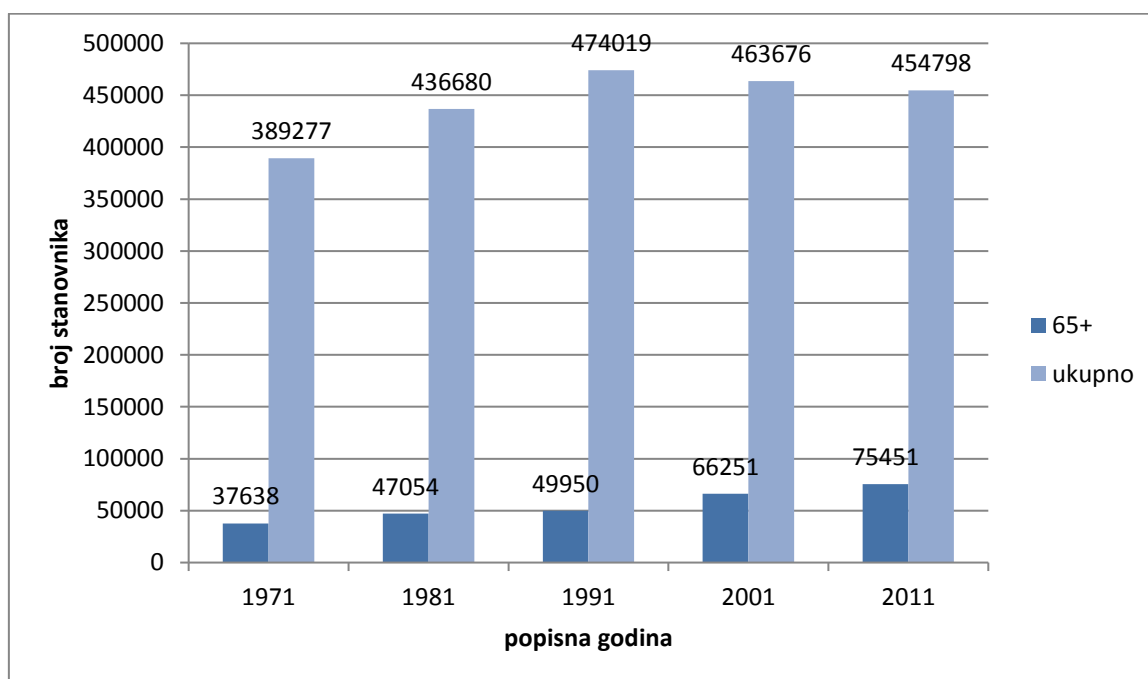


Slika 2. Udio stanovnika u dobi 65+ prema spolu u ukupnom stanovništvu i prema županijama Hrvatske, Popis 2011.

Izvor: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Popis 2011: Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti. Statistička izvješća. Zagreb: 2013.

1.3. Demografska slika Splitsko-dalmatinske županije

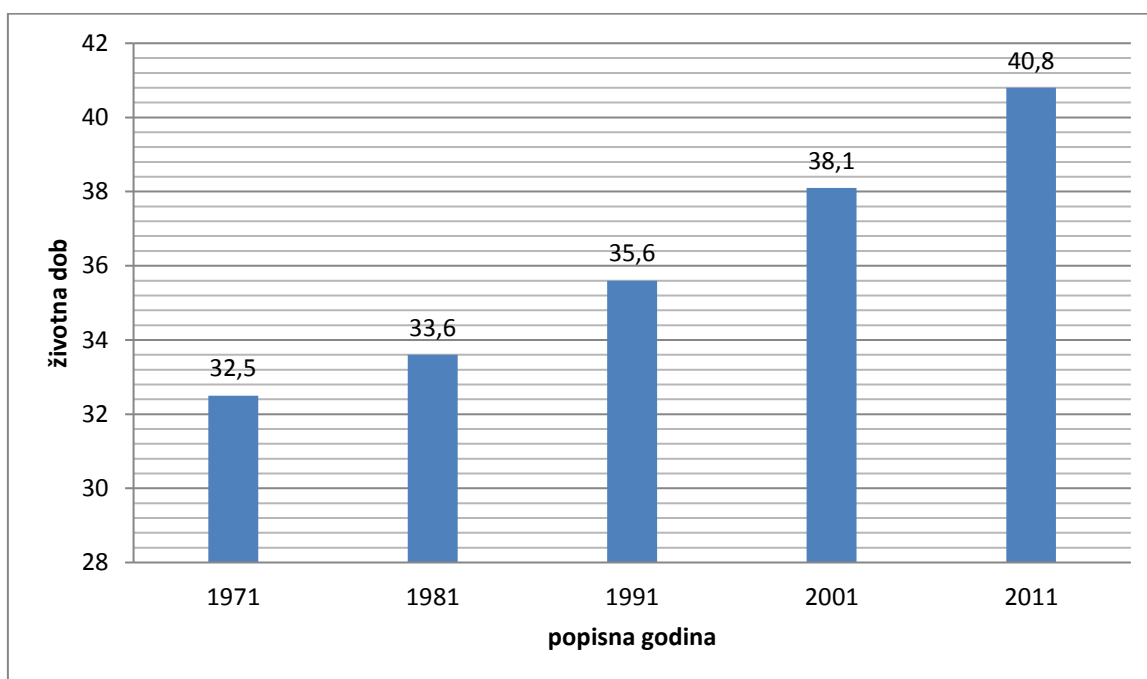
Splitsko-dalmatinska županija (SDŽ) je druga po ukupnom broju stanovnika među županijama Hrvatske i suočava se sa sličnim demografskim procesima. U SDŽ prema popisu stanovništva iz 2011. g., udio stanovnika u dobi 65 i više godina od 16,59 % (75 451 stanovnika) u ukupnom stanovništvu (454 798 stanovnika) svrstava je na „povoljno“ treće mjesto među hrvatskim županijama. U gradu Splitu prema popisu iz 2011. godine živi 16,95 % (30.195 stanovnika) starijih od 65 godina. Analiza rezultata popisa stanovništva 2011.godine s rezultatima ranijih popisa na području SDŽ, pokazuje kako je i stanovništvo SDŽ zahvatio proces kontinuiranog starenja stanovništva. U vremenskom razdoblju od 1971.- 2011. godine broj stanovnika Županije u dobi 65 i više godina se gotovo udvostručio (s 37 638 stanovnika na 75 451), međutim ukupan broj stanovnika nije pratio tu tendenciju (s 389 277 stanovnika 1971. na 454 798 stanovnika 2011.), već je došlo i do smanjenja ukupnog broja stanovnika Županije u odnosu na Popis iz (1991. i 2001.), (8), (Slika 3).



Slika 3. Broj stanovnika u dobi 65+ i ukupan broj stanovnika Splitsko-dalmatinske županije. Popisi 1971 – 2011.

Izvor: DZS RH, Popisi: 1971, 1981, 1991, 2001 i 2011. Popisi 1971.- 2011.

Na ostarjelost stanovništva naše Županije ukazuje i kretanje prosječne životne dobi njezinih stanovnika (srednje godine života cjelokupnog stanovništva), koja je porasla s 32,5 godina 1971. godine na 40,8 godina u 2011. godini (prihvaćena kritična vrijednost koja označava početak procesa starenja je dostignuta vrijednost prosječne životne dobi od 30 godina), (8), (Slika 4).



Slika 4. Prosječna životna dob stanovnika Splitsko-dalmatinske županije. Popisi 1971. – 2011.

Izvor: DZS RH, Popisi 1971, 1981, 1991, 2001 i 2011.

Demografsko starenje, samo po sebi, nije problem. Naprotiv, riječ je o jednom od najvećih dostignuća 21. stoljeća, koje se manifestira kroz znatno povećanje očekivanog trajanja životnog vijeka pri rođenju. Neki autori smatraju da bi 2050. godine očekivano trajanje ljudskog vijeka moglo iznositi do 120 godina. Zahvaljujući snažnom razvoju tehnologije, porastu općeg životnog standarda, unapređenju zdravstvene zaštite i socijalne skrbi ljudski vijek se produžio. Demografska kretanja povećavaju rizik od socijalne ovisnosti, što će se nastaviti odražavati i ubuduće na sustav socijalne sigurnosti.

Depopulacija i starenje stanovništva utjecat će na pogoršanje odnosa broja umirovljenika i broja zaposlenih što otvara pitanje ekonomskih i socijalnih troškova, te financijske održivosti mirovinskih sustava u Hrvatskoj. Kako bi se starijim osobama omogućila dostojanstvena starost i trajna društvena uključenost, potrebna je uspostava cjelovitog pristupa i izrada dugoročnog strateškog plana zdravstvene i socijalne skrbi koji bi promicao aktivno zdravo starenje (1).

1.3.1. Demografska slika Doma za starije i nemoćne osobe Split

Dom za starije i nemoćne osobe Split je javna ustanova socijalne skrbi. Osnivačka prava nad Domom ima Splitsko–dalmatinska županija. Dom obavlja svoju djelatnost na dvije lokacije i to u Vukovarskoj ulici br.79 i Ivana pl. Zajca br.2. Dom u okviru stalnog smještaja pruža usluge stanovanja, prehrane, zdravstvene zaštite, gerijatrijske zdravstvene njege, fizikalne i radne terapije, usluge socijalnog rada, rekreacije, odmora, te drugih aktivnosti koje osiguravaju zdravo aktivno starenje. Dom se sastoji od stambene jedinice u kojoj borave sasvim samostalne osobe, dok u stacionaru borave osobe kojima je neophodna pomoć ovisno o funkcionalnoj sposobnosti, koja se utvrđuje prilikom smještaja u dom. Na osnovu utvrđene funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog bolesnika/korisnika sa utvrđenim zdravstvenim stanjem definira se kriterij za kategoriju starijeg korisnika, koji je glavna odrednica za prijem starije osobe u stambeni ili stacionarni dio doma za starije. Smještajni kapacitet objekta u Vukovarskoj je 390 kreveta, te broji:

- 68 dvokrevetnih apartmana odnosno 136 kreveta
- 14 jednokrevetnih soba odnosno 14 kreveta
- 24 dvokrevetne sobe odnosno 48 kreveta
- 48 četverokrevetnih soba odnosno 192 kreveta

U objektu Vukovarska na dan 31. prosinca 2015. godine bilo je 335 smještenih korisnika. U stambenom dijelu usluge smještaja, prehrane i zdravstvene zaštite koristio je 81 korisnik, dok u stacionaru usluge 24 satne skrbi koristila su 254 gerijatrijska osiguranika, od čega 100 gerijatrijskih bolesnika na jedinici psihogerijatrije. Ostali korisnici stacionara smješteni su na ostalim jedinicama sukladno funkcionalnoj

sposobnosti, uz utvrđeno zdravstveno stanje. Struktura gerijatrijskih osiguranika/bolesnika prema dobi i broju u stacionarnom dijelu Doma za starije i nemoćne osobe Split, objekta Vukovarska na datum 31.12.2015.godine (Tablica 1.).

Tablica 1. Struktura gerijatrijskih osiguranika / bolesnika prema dobi i broju u stacionarnom dijelu Doma za starije i nemoćne osobe Split, objekta „Vukovarska“ na datum 31.prosinca 2015.godine.

| Dob korisnika | Broj korisnika (ukupno 254) |
|----------------|-----------------------------|
| 102 godine | 1 |
| 95 – 99 godina | 12 |
| 90 – 94 godina | 39 |
| 85 – 89 godina | 58 |
| 80 – 84 godina | 59 |
| 75 – 79 godina | 39 |
| 70 – 74 godine | 19 |
| 40 – 69 godina | 27 |

Analizirajući tablični prikaz starosti korisnika stacionarnog dijela doma objekata Vukovarska, možemo zaključiti da se većina korisnika doma nalazi u dubokoj (110 korisnika) i srednjoj starosti (98 korisnika), a tek manji broj u mlađoj starosnoj skupini. Za napomenuti je da su u domu smještene i osobe s invaliditetom (18 korisnika), budući da u Splitsko–dalmatinskoj županiji nema dostatnih kapaciteta smještaja u javnim ustanovama za invalidne osobe. Najmlađi korisnik ima 40 godina, dok najstarija korisnica ima 102. godine.

1.4. Starost i starenje

Starenje i starost nisu istoznačni. Sama **starost** predstavlja određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi. Osoba se smatra starijom kada dostigne

određenu dob. Prema klasifikaciji UN-a 65. godina se često uzima u socijalnoj i zakonskoj politici dok se od 1999. godine (Međunarodna godina starijih ljudi) 75 godina uzima kod psihološke procjene (1). Prva Svjetska skupština o starenju održana je 1982. godine u Beču u organizaciji UN-a. Godine 1991. Opća skupština UN-a donijela je Načela Ujedinjenih naroda za starije ljude (Rez 46/91), te je 1. listopada određen kao Međunarodni dan starijih osoba (4). Proces starenja započinje od začeća i traje do smrti. **Starenje** je prirodan i nepovratan fiziološki proces, koji kod svakog pojedinca napreduje različitom brzinom. S povisivanjem životne dobi na svim organima i organskim sustavima događaju se mnogobrojne ireverzibilne promjene, što dovodi do slabljenja i oštećenja njihove funkcije, a posljedično i kroničnih bolesti. Uslijed prisutnost većeg broja bolest češća je i funkcionalna onesposobljenost starijeg čovjeka. Znanstvena istraživanja potvrđuju kako je nemoguće odrediti granicu između evolucijske i involucijske faze starenja. Biološka dob nije istovjetna s kronološkom dobi, ona je uvjetovana genotipskom i fenotipskom individualnošću svakog pojedinca (5).

Pojam starenja najčešće izaziva dvije osnovne negativne konotacije: propadanje i starost. Da bi se izbjegle negativne konotacije bolje bi bilo povezati starenje s pojmom razvoja ili promjene. Tako naglašavamo proces koji traje. Kad govorimo o procesa starenja nužno je istaknuti da iako organizam biološki stari, neke funkcije se razvijaju (npr. kristalizirana inteligencija koja uključuje životno iskustvo, usvojena znanja i vještine). Također ne treba poistovjećivati starenje i kronološku dob, jer je teško reći u kojoj dobi počinje starenje. Postoje velike razlike među pojedincima u procesu starenja, svaki čovjek drugačije stari, postoje velike individualne varijacije. Na fiziološkoj razini, organski sustavi ne stare svi u isto vrijeme, niti istim slijedom, niti istom brzinom. Na psihološkoj i na socijalnoj razini uočavaju se još veće razlike. Kronološka dob može biti dobar pokazatelj samo ukoliko su intraindividualne promjene dovoljno homogene da pokažu korelaciju između promjene koju istražujemo i kronološke dobi. Prirodu starenje možemo sagledati kroz primarno i sekundarno starenje (9).

Primarno starenje ili fiziološko starenje odnosi se na normalne, fiziološke procese koji se događaju kao posljedica sazrijevanja i protoka vremena (9).

Sekundarno starenje predstavlja patološke promjene koje su uglavnom posljedica vanjskih čimbenika, a uključuju patološka stanja koja su praćena progresivnim,

ireverzibilnim promjenama, koje su posljedica utjecaja okoline i ponašanja (npr. utjecaj buke na slabljenje sluha). Još i danas su uvriježeni negativni stavovi prema starenju. Stereotipi su najčešće utemeljeni na nedovoljnom poznavanju starenja i starosti. Ljudi uglavnom izbjegavaju misliti o starosti i samom starenju, smatrajući nužno da starost nosi mnogo problema. Despot Lučanin navodi neke tipične predrasude (9):

- ljudi su to sličniji što su stariji
- stari ljudi postaju senilni
- stari ljudi nisu zainteresirani za seksualne odnose
- stari ljudi su krutih stavova
- stari ljudi nisu kreativni ni produktivni
- stari ljudi teško uče
- stari ljudi su osamljeni
- što su ljudi stariji, to su više religiozniji i sl.

Zahvaljujući nizu novijih znanstvenih istraživanja i boljoj upućenosti pučanstva, mitovi, stereotipi i predrasude o starenju se povlače. Među laicima ipak i dalje postoji različite kontradiktornosti vezano za pojam starenja: uvriježeno je mišljenje da ljudi s godinama postaju blaži i tolerantniji ali i da postaju ćudljiviji; također smatraju da s godinama dolazi do opadanja u tjelesnom funkcioniranju, ali i da su stariji hipohondri, da su egocentrični. Osobama starije životne dobi pripisuju se različiti oblici demencije, a s druge strane ih proglašavaju mudrima; o starosti govore kao o „zlatnim godinama“ ali stare osobe proglašavaju depresivnima i u stalnom strahu od smrti (10).

1.5. Teorije starenja

Budući da ne postoji jedna sveobuhvatna teorija koja bi dala odgovor na složeni proces starenja, znanstvenici su pokušali objediniti i obrazložiti empirijske nalaze u okviru pojedinih disciplina koje se bave starenjem kao predmetom proučavanja (9). Teorije starenja mogu se svrstati u tri skupine.

- biološka teorije starenja
- sociološke teorije starenja

- psihološke teorije starenja.

1.5.1. Biološke teorije starenja

Biološke teorije starenje imaju za cilj objasniti uzroke i proces starenja na razini stanica, organa, te organizma kao cjeline. Postoji mnogo bioloških teorija koje objašnjavaju proces starenja, no do sada ni jedna od njih nije dala potpuno zadovoljavajući odgovor na pitanje zašto i kako ljudski organizam stari (9).

Biološke teorije starenja mogu se svrstati u dvije glavne skupine:

- Programirane teorije starenja (nazivaju se još i genetičke ili razvojne teorije).

Teorija programiranoga starenja stavlja na prvo mjesto genetički programirano starenje i ističe kako postoje specifični geni koji su odgovorni za nagle promjene u stanicama, što rezultira starenjem. Tako je prema toj teoriji starenje programirano kao i svako drugo životno razdoblje čovjeka (9).

- Stohastičke ili slučajne teorije smatraju kako je proces starenja rezultat samog života odnosno rezultat akumuliranih oštećenja. Oštećenja organizma uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani unutarnjim i/ili vanjskim čimbenicima (npr. ozljede, bolesti i sl.). Oštećenja se zbivaju unutar stanice (npr. promjene molekula proteina, promjene u DNA i sl.), (9).

1.5.2. Sociološke teorije starenja

Glavni cilj socioloških teorija starenja je objasniti promjene u odnosu pojedinca i društva, a do kojih dolazi radi procesa starenja (11). Ove teorije objašnjavaju kako pojedinac u procesu starenja utječe na društvo, i obrnuto, a određuju ih promjene u socijalnim aktivnostima, socijalnim interakcijama i socijalnim ulogama u funkciji starenja. Unutar socioloških teorija razlikuju se:

- *Socijalne makroteorije* – promatraju starenje u smislu demografskih i socioloških promjena

- *socijalne mikroteorije* – promatraju starenje na razini pojedinca, njegovog socijalnog statusa i uloga koje mu društvo dodjeljuje, a na temelju navedenog pojedinac određuje svoju vrijednost
- *socijalne povezujuće teorije* - pokušavaju povezati socijalnu strukturu s pojedincem, njihovim interakcijama koje mogu naglasiti društvenu aktivnost starijeg čovjeka ili mu je uskratiti, ili mu dodijeliti uloge na temelju njegove dobi.

1.5.3. Psihološke teorije starenja

Budući da postoji nekoliko psiholoških teorija starenja, navedene su samo neke značajnije.

Teorija životnog vijeka

Prema teoriji životnog vijeka promjene tijekom procesa starenja pripisuju se urođenim, genetskim čimbenicima koji upravljaju razvojem pojedinca u različitim razdobljima na sličan način (9). Promjene su normativne, povezane s kronološkom dobi i predvidljive. Razvojna razdoblja odvijaju se određenim slijedom, tako da je uspješan razvoj u jednom razdoblju nužan za uspješno napredovanje sljedećem razdoblju. Unutar teorija životnog vijeka postoji mnogo teorijskih principa i shvaćanja, međutim navedeni su samo neki značajniji (9).

Teorija ljudskog života

Autorica navedene teorije, Charlotte Büchler tridesetih je godina prošlog stoljeća u Beču na temelju prikupljenih biografija postavila model psihičkog razvoja kroz ljudski vijek, usporedan biološkom tijeku života, a odvija se kroz pet osnovnih razdoblja (9):

- 0 – 15 godina – razdoblje progresivnog rasta, djetinjstvo
- 15 – 25 godina – razdoblje reprodukcije, početno samoodređivanje ciljeva
- 25 – 45 godina – razdoblje kulminacije, konačno samoodređivanje ciljeva
- 45 – 65 godina – razdoblje opadanja reprodukcije, samoprocjena uspješnosti u postizanju ciljeva
- 65 i više godina – razdoblje opadanja, ostvarenja ciljeva ili osjećaj neuspjeha.

Ova teorija zasniva se na naglašavanju usporednog tijeka bioloških procesa rasta, stabilnosti i opadanja te psihosocijalnih procesa razvoja, kulminacije i sažimanja aktivnosti i postignuća. Bitno za istaknuti je da se biološki i psihički razvoj ne moraju odvijati usporedno, niti se on na jednak način odvija kod različitih pojedinaca. Nadalje, ova teorija napominje da u starosti nužno dolazi do opadanja što se kosi s novijim psihologijskim spoznajama vezanim uz proces starenja (11).

Teorija životnih razdoblja

Tridesetih godina prošlog stoljeća Carl Gustav Jung predlaže teoriju psihičkog razvoja, a odnosi se na čitav životni vijek. Jung promatra psihički razvoj u razdoblju mladosti koje počinje nakon puberteta i traje do srednjih godina (35 – 40). U tom vremenskom periodu osoba širi vlastite životne horizonte. Nakon 40. godine života, koje naziva „podnevom života“, dolazi do procesa individualizacije. U tom razdoblju osoba se počinje okretati sebi, postaje svjesnija sebe i traži cilj, smisao i cjelovitost vlastitog života. Osoba, rješavajući unutarnje sukobe (maskulinitet – feminitet, kreativnost – destruktivnost, mladost – starost i separacija – privrženost) otkriva smisao vlastitog postojanja i lakše prihvaća vlastitu smrtnost (12).

Razvojni zadaci

Razvojni zadatak najvažnije je postignuće u određenom periodu života, o kojem ovisi zadovoljstvo i uspješnost u trenutnom životnom razdoblju, ali i u budućem razvojnom razdoblju. Lemme navodi Havighurstove razvojne zadatke starosti (11):

- prilagodba na smanjenu tjelesnu snagu
- prilagodba na umirovljenje i smanjenje prihoda
- prilagodba na smrt supružnika
- identifikacija s vlastitom dobnom skupinom
- ispunjavanje socijalnih i građanskih obveza
- uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života.

Glavna tema koja se navodi kroz Havighurstov popis je oslobađanje od obveza, voljno ili nevoljno, smanjivanje aktivnog sudjelovanja u društvu. Vrijeme umirovljenja navodi kao period oslobađanja od obveza; opadanje snage i zdravlja. Oslobađanje od

društvenih uloga srednje životne dobi (npr. uloga radnika) nadomješta usvajanjem nekih novih aktivnosti i prilagođavanjem starih (npr. umirovljene osobe mogu se početi baviti nekim novim hobijima, priključiti se nekoj društveno - rekreacijskoj skupini; mogu proširiti svoju obiteljsku ulogu – npr. druženje s unucima i sl.). Proučavajući Havighurstov popis razvojnih zadataka razvidno je da na popisu nema prilagodbe na vlastitu smrt, što neupitno postaje predmet razmišljanja svake stare osobe. U usporedbi s mlađim osobama, starije osobe češće razmišljaju o smrti, ali je se manje boje. Strah je vjerojatno manji jer su stare osobe „socijalizirane“ – društvo ih je naučilo da starost vrlo brzo dovodi do smrti te se i na taj način pripremaju i očekuju je (13).

Teorija psihosocijalnog razvoja

Erik Erikson, Freudov učenik proširio je Freudovu teoriju psihosocijalnog razvoja na čitav životni vijek te je uključio kao bitan čimbenik i utjecaj socijalne okoline na razvoj (14). Tako Erikson u svojoj teoriji razlikuje osam razvojnih faza (Tablica 2). U svakoj razvojnoj fazi osoba se suočava s određenom psihosocijalnom krizom odnosno prekretnicom, izazovom, a ishod može biti pozitivan ili negativan. Erikson smatra da što je više negativnih ishoda krize prethodnog razvojnog razdoblja, to će razvoj u narednim razdobljima biti teži.

Tablica 2. Razvojne faze prema Eriksonu

| Razvojna faza | Dob | Razvojna razdoblja i krize |
|---------------|----------|---|
| 1 | 0-1 | Povjerenje nasuprot nepovjerenju |
| 2 | 1-3 | Autonomija nasuprot sumnji |
| 3 | 3-6 | Inicijativa nasuprot krivnji |
| 4 | 6-11 | Produktivnost nasuprot inferiornosti |
| 5 | 11-20 | Identitet nasuprot konfuziji identiteta |
| 6 | 20-40 | Intimnost nasuprot izolaciji |
| 7 | 40-60 | Plodnost nasuprot stagnaciji |
| 8 | 60-smrti | Integritet nasuprot očajanju |

Izvor. Fulgosi A. Psihologija ličnosti - teorije i istraživanja. Zagreb: Školska knjiga, 1994.

Prema Eriksonu u osmoj fazi dolazi do retrospekcije i evaluacije cijeloga životnog vijeka, svih postignuća i svih promašaja. Erikson smatra da početak starosti nastupa smanjivanjem funkcionalne sposobnosti. U ovoj fazi dolazi i do niza psihosocijalnih pitanja i problema (npr. smanjenje novčanih primanja umirovljenjem, gubitak supružnika, potreba da se izbjegne samoća). Pozitivnom evaluacijom životnog vijeka, pojedinac smatra da je u njegovom životu postojao red, da je ispunio određeni smisao života, našao određeno mjesto u društvu, te je zadovoljan onim što je postigao. Erikson također navodi da kod osoba koje doživljavaju tako svoj život i svoju prošlost ne postoji niti bojazan od smrti, jer su svjesni da oni i dalje žive kroz svoja djela i svoje potomke. Za razliku od osoba s pozitivnom evaluacijom životnog vijeka, osobe s negativnom evaluacijom životnog vijeka nemaju adekvatan integritet ega. Oni smatraju da je njihov život bio promašaj, da nisu ostvarili sve ono što su željeli ili htjeli, te da im život nije bio ispunjen. Takve osobe sklone su projekciji, okrivljujući druge za vlastite neuspjehe. Oni se plaše smrti, zaokupljeni su nečim iz prošlosti što kod njih izaziva neugodu. U tim situacijama skloni su potisnuti sve ono što izaziva neugodu, odnosno sve ono što ih podsjeća na vlastite neuspjehe i sve što je štetno za integritet ličnosti. Tako se javlja zaborav za promašaje, grijehe, neugode, a u sjećanju ostaju samo ugodni trenutci. Iz navedenog može se zaključiti ne postoji niti jedna teorija koja bi na sustavan i sveobuhvatan način dala objašnjenje o procesu starenja (10).

Proučavanjem teorija starenja počevši od bioloških do psiholoških, može se zaključiti kako sve teorije nisu dale jednoznačni odgovor na pitanje što je starenje, zapravo ovisno o kutu gledanja na proces starenja donose se određeni zaključci. Kvaliteta života starijih osoba, ne mora nužno biti izravno ovisna o zdravstvenim činiteljima iako je povezana s tjelesnim zdravljem i funkcioniranjem. Neki stari ljudi žive kvalitetno i zadovoljni su vlastitim životom unatoč narušenom zdravlju i obrnuto. Stoga, postavlja se pitanje zašto neki pojedinci vlastitu starost doživljavaju kao određeni izazov, i u njoj pronalaze novi smisao i zadovoljstvo životom, a umirovljenje doživljavaju kao nagradu, dok drugi pak starost dočekuju tužni i nezadovoljni a u starosti razvijaju određene psihičke probleme poput depresije i anksioznosti. Samo umirovljenje doživljavaju kao kaznu i gubitak uloge u društvu. Iako je odlazak u mirovinu normalni slijed nakon radnog vijeka, veliki broj ljudi nije pripremljena za taj moment. Umirovljenjem dolazi do naglih promjena, navika, intelektualnih i drugih aktivnosti, mijenjaj se obveze, prekida se

komunikacija s kolegama s posla, gubi se socijalna uloga što često dovodi do niza ozbiljnih poremećaja u organizaciji života. Prihodi se znatno smanjuju što dodatno pogoda umirovljenika, a time otežava prilagodbu. Osoba naglo ima „višak“ vremena koje treba adekvatno popuniti. Ako pojedinac nakon umirovljenja ne strukturira na odgovarajući način svoje vrijeme, često dolazi do gubitka interesa, nepovjerenja, nezadovoljstva, gubitka samopoštovanja, osjećaja nekorisnosti i odbačenosti, osamljenosti i do sve veće otuđenosti. Osamljenost se kod starih osoba javlja mnogo češće nego u drugim životnim fazama, a razlozi leže u tome što se broj osoba s kojima je pojedinac bio u vezi smanjuje s porastom dobi, a mijenja se i intenzitet emocionalnih odnosa. Gubitak bračnog partnera, odlazak djece iz kuće, umirovljenje te pojava bolesti najčešći su uzroci osamljenosti (15). Promatrajući socijalnu izolaciju u starijoj dobi potrebno je razlikovati objektivno i subjektivno stanje. Objektivnim stanjem utvrđuje se u kolikoj mjeri se pojedinac nalazi u socijalnoj interakciji s društvom, ali je pri tom najvažnije kako se osoba osjeća. Istraživanja pokazuju da prema subjektivnom sudu najosamljenije su udovice i udovci. Djeca uglavnom napuštaju roditeljski dom osnivajući vlastitu obitelj, što kod roditelja izaziva osjećaj gubitka roditeljske uloge. U tradicionalnijim društvima u nekadašnjim obiteljima više je generacija živjelo zajedno, što danas nije slučaj. Danas mladi postaju sve samostalniji, odvajaju se od roditelja, dok starije osobe ostaju same (16). Prema nekim istraživanjima muškarci se teže prilagođavaju na umirovljenje i činjenicu da gube radnu ulogu jer tako gube i status u društvu osobe koja je hranila vlastitu obitelj i pridonosila materijalnoj sigurnosti. Dok ženama nije bitna radna uloga, njima je važnija uloga majke.

Starenje stanovništva ima negativne implikacije na daljnji demografski i gospodarski razvoj, te predstavlja jedan od najvećih javnozdravstvenih izazova suvremenog doba.

1.6. Oblici skrbi o starijim osobama

Briga i skrb o pojedinim korisničkim skupinama odvija se kontinuirano kroz implementaciju različitih programa, politika i strategija, bez obzira da li se radi o programima na nacionalnoj ili lokalnoj/regionalnoj razini. Prava iz sustava socijalne skrbi koja su utvrđena Zakonom, osobito su značajna za osobe starije životne dobi. Koriste se

kroz različite oblike novčane naknade: pomoć za uzdržavanje, pomoć za podmirenje troškova stanovanja, jednokratne pomoći, doplatak za pomoć i njegu, osobna invalidnina te pravo na socijalne usluge: usluga smještaja i usluga pomoći i njege u kući. Uz navedena prava koja su propisana Zakonom, starijim i nemoćnim osobama osigurava se i pružanje usluga iz Programa „Pomoć u kući starijim osobama“ i „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama.“ Usluga smještaja je usluga skrbi izvan vlastite obitelji, koja se ostvaruje kao institucijska skrb u domovima ili drugim pravnim osobama ili kao izvaninstitucijska skrb u udomiteljskoj obitelji, obiteljskom domu, organiziranom stanovanju ili u zajednici stambenih jedinica (4).

Institucijska skrb o starijim osobama odnosi se na uslugu smještaja, a pruža se starijim osobama u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama, može obuhvatiti: usluge prihvata, stanovanja, prehrane, održavanja osobne higijene, nabave odjeće i obuće, brige o zdravlju i njege, čuvanja, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije te organiziranja slobodnog vremena. Područje kvalitete života isprepleće se s kvalitetom socijalne skrbi i kvalitetom zdravstvene zaštite u svim oblicima institucijske skrbi.

Izvaninstitucijska skrb podrazumijeva izvaninstitucijske usluge definirane Zakonom o socijalnoj skrbi te ostale usluge, aktivnosti i programe neovisnog življenja kojima se starijoj osobi omogućuje da što duže ostane živjeti u vlastitom domu uz unaprjeđenje kvalitete života i aktivno sudjelovanje u zajednici. U Republici Hrvatskoj za institucijski oblik skrbi o starijim osobama postoje kapaciteti za 2,38% ukupnog broja osoba starih 65 i više godina. Pravo na uslugu smještaja priznaje se odrasloj i starijoj osobi kojoj je zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju i nemoći prijeko potrebna stalna pomoć i njega druge osobe. Navedeno pravo priznaje Centar za socijalnu skrb. Usluga smještaja neće se priznati osobi kojoj pomoć i njegu mogu pružiti članovi obitelji ili se pomoć i njega može osigurati na drugi način. Međutim, osim temeljem rješenja Centra za socijalnu skrb korisnik može izabrati socijalnu uslugu i pružatelje usluge te sklopiti ugovor o korištenju usluge s ustanovom socijalne skrbi ili drugim pružateljem usluge bez rješenja Centra za socijalnu skrb.

Prema dostupnim podacima, uslugu smještaja kao institucijskog oblika skrbi u RH trenutno pružaju slijedećih 226 pružatelja:

- državni domovi za stare i nemoćne (3);
- županijski (decentralizirani) domovi za starije i nemoćne (45);
- domovi drugih osnivača (91);
- druge pravne osobe koje pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma (87) osnivači su udruge, vjerske zajednice ili druge pravne ili fizičke osobe.

Domovi za starije i nemoćne osobe kojima je osnivač županija, čine 66,5 % ukupnih smještajnih kapaciteta u institucionalnom smještaju. U Republici Hrvatskoj prema statističkim podacima Ministarstva socijalne politike i mladih, stanje na dan 31.12.2012. g., 15.686 osoba starih 65 i više godina smješteno je u domove i druge pravne osobe za starije i nemoćne osobe, od čega je temeljem rješenja Centra za socijalnu skrb 4.165 osoba starih 65 i više godina (4). U Splitsko – dalmatinskoj županiji ustanove kao pružatelji usluga smještaja, boravka te pomoći i njege za starije osobe osiguravaju kapacitet za 1 762 osobe (Tablica 3).

Tablica 3. Razdioba kapaciteta po kategorijama ustanova u Splitsko-dalmatinskoj županiji

| XVII. SPLITSKO - DALMATINSKA ŽUPANIJA | |
|---|------------------|
| Pružatelji usluga | Ukupni kapacitet |
| Županijski domovi za starije i nemoćne osobe | 966 |
| Domovi za starije i nemoćne osobe - drugih osnivača | 641 |
| Pružatelji usluga smještaja i boravka za starije i nemoćne osobe – bez osnivanja doma | 109 |
| Obiteljski domovi za starije i nemoćne osobe | 16 |
| Centri za pomoć i njegu | |
| Pružatelji pomoći i njege bez osnivanja centra | 30 |
| Usluge iz programa Pomoć u kući starijim osobama te Dnevni boravak | |

Izvor: Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014 do 2016. godine. Ministarstvo socijalne politike i mladih, Zagreb, 2014.

U Hrvatskoj izvaninstitucijski oblik usluge smještaja za starije i nemoćne osobe pružaju 204 obiteljska doma prema Evidenciji fizičkih osoba koje samostalno obavljaju socijalnu skrb kao profesionalnu djelatnost i 799 udomiteljskih obitelji prema podacima iz Evidencije udomiteljskih obitelji. U udomiteljskoj obitelji mogu biti smještene najviše četiri starije i nemoćne osobe, osim iznimno moguće je smjestiti i više od četiri osobe ako se radi o odraslom korisniku hitnog ili povremenog udomiteljstva, u udomiteljskoj obitelji koja ispunjava propisane uvjete, uz prethodnu suglasnost centra udomitelja. U obiteljskom domu usluge smještaja mogu se pružati za pet do dvadeset starijih i nemoćnih osoba. Prema statističkim podacima Ministarstva, temeljem rješenja Centra za socijalnu skrb u obiteljskim domovima bilo je smješteno 305 osoba. Prema Evidenciji udomiteljskih obitelji na dan 31.12.2012.g. u udomiteljskim obiteljima bilo je smješteno 2.008 starijih i nemoćnih osoba (4). U zadnjim desetljećima u razvijenim zemljama skrb o starijoj populaciji više je usmjerena prema podršci što dužeg boravka unutar vlastite obitelji uz dobro organizirane usluge socijalne skrbi i zdravstvene zaštite, dok je u tranzicijskim zemljama češće rješenje institucijski oblik smještaja.

1.7. Organizacija skrbi u javnim domovima

Osnivačka prava nad domovima koji djeluju kao javne ustanove ima Republika Hrvatska, a prava i dužnosti osnivača obavlja nadležna županija. Funkcioniranje domova za starije i nemoćne osobe temelji se na suradnji nadležne županije kao osnivača Doma, lokalne samouprave, drugih domova u Hrvatskoj, te lokalne zajednice. Suradnja je nužna zbog stvaranja poticajnog okruženja i unapređenja kvalitete života starijih osoba. Javni domovi se financiraju djelomično iz državnog proračuna, te drugim djelom iz vlastitih sredstava. Djelatnosti u Domu organizirane su kroz ustrojbene jedinice. Pristup zaštiti zdravlja starijih ljudi je cjelovit / holistički pristup i osigurava unapređivanje sve oblike zdravstvene zaštite: od prevencije, dijagnostike, liječenja do rehabilitacije i evaluacije (fizičke, psihičke, socijalne), (1). Program zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih osoba uključuje Program primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije osobe (7). Cjelovit pristup gerijatrijske zdravstvene njege orijentiran je prvenstveno na životne događaje, život i životno iskustvo starije osobe, a ne samo na poznavanje bolesti. Analiza biografije korisnika se temelji na proučavanju životnih

dogadjanja koja su ostavila traga na njegovo zdravlje (tjelesno, psihičko i duševno). Pomna analiza biografije korisnika jako je bitna zbog izrade individualnog pristupa potrebama svakog gerijatrijskog korisnika, uvažavajući njegov dignitet i autonomiju. Glavni cilj gerijatrijske zdravstvene njege je održati samostalnost gerijatrijskog korisnika u svakodnevnim aktivnostima i poticati vlastitu odgovornost za svoje zdravlje, što duže. Gerijatrijska njega ima za cilj skrbiti za dostojanstvo, pravo i zadovoljstvo gerontološkog korisnika zajedno sa njegovom obitelji, pružiti potporu i poticati njegove preostale sposobnosti s orijentacijom na individualne životne događaje i osigurati im priznato mjesto u društvu. Glavni indikator za određivanje minimalnog kadrovskog standarda zdravstvenih djelatnika na broj gerijatrijskih osiguranika u stambenom i stacionarnom dijelu domova za starije osobe, definira se na osnovi utvrđivanja funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost gerijatrijskog bolesnika ili korisnika doma za starije osobe. Navedeni indikator je osnova za određivanje kategorije gerijatrijskog osiguranika, čime se utvrđuje i potreban stupanj gerijatrijske zdravstvene njege. Utvrđivanje funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika (uz utvrđeno postojeće zdravstveno stanje), nužno je provoditi uz utvrđivanje i obilježja negativnog zdravstvenog ponašanja, kao glavnog kriterija odrednice prijema starije osobe u stambeni ili stacionarni dio doma za starije. Navedeni kriteriji određuju kategoriju starijeg korisnika/gerijatrijskog osiguranika za algoritam usluga i obuhvata zdravstvenih mjera i postupaka obiteljske medicine s gerijatrijskom zdravstvenom njegom, koji se pruža u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti u domovima za starije osobe. Utvrđivanja funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika odnosi se na utvrđivanje obilježja fizičke pokretljivosti i psihičke samostalnosti po slijedećoj jednoznačno definiranoj procjeni (1):

Pokretnost (fizički status)

1. Potpuno pokretan;
2. Ograničeno pokretan (koristi povremeno pomagalo – koristi povremeno štap ili štake ili ortopedske klupice);
3. Trajno ograničeno pokretan (koristi trajno invalidska kolica);
4. Trajno nepokretan.

Samostalnost (psihički status)

1. Potpuno samostalan;
2. Ograničeno samostalan (povremene psihičke poteškoće);
3. Trajno nesamostalan (trajne psihičke poteškoće);
4. Ne može se odgovoriti.

Kategorija gerijatrijskog osiguranika određuje stupanj gerijatrijske zdravstvene njege, odnosno broj medicinskih sestara. Činitelje kategorije gerijatrijskog osiguranika određuju četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege: od prvog (minimalan stupanj do četvrtog maksimalan stupanj), koji su sukladni europskim normama u stacionarnom i stambenom dijelu domova za starije (1). Kadrovska norma za četiri stupnja gerijatrijske njege prikazana je u Tablici 4.

Glavna svrha kategorizacije gerijatrijskih osiguranika ovisno o potrebama za gerijatrijskom zdravstvenom njegom je:

- osigurati dovoljan broj medicinskih sestara i na taj način omogućiti kvalitetnu skrb gerijatrijskim osiguranicima
- olakšati organizaciju rada medicinskih sestara.

Tablica 4. Kadrovska norma za jedan tim SOM – a i broja gerijatrijskih medicinskih sestara

| Stupanj gerijatrijske njege bolesnika doma za starije osobe | Broj medicinskih sestara | Broj gerijatrijskih bolesnika |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| Stambeni dio doma | | |
| I stupanj gerijatrijske njege (minimalni stupanj za stambeni dio doma) | 1 | 12 |
| Stacionar u domu | | |
| II stupanj gerijatrijske njege (minimalni stupanj za stacionar u domu) | 1 | 6 |
| III stupanj gerijatrijske njege (optimalni za stacionar u domu) | 1 | 4 |
| IV stupanj gerijatrijske njege (maksimalni stupanj za stacionar u domu) | 1 | 3 |

Izvor: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

Cilj i svrha provedbe specifične primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije osobe su sljedeće osnove:

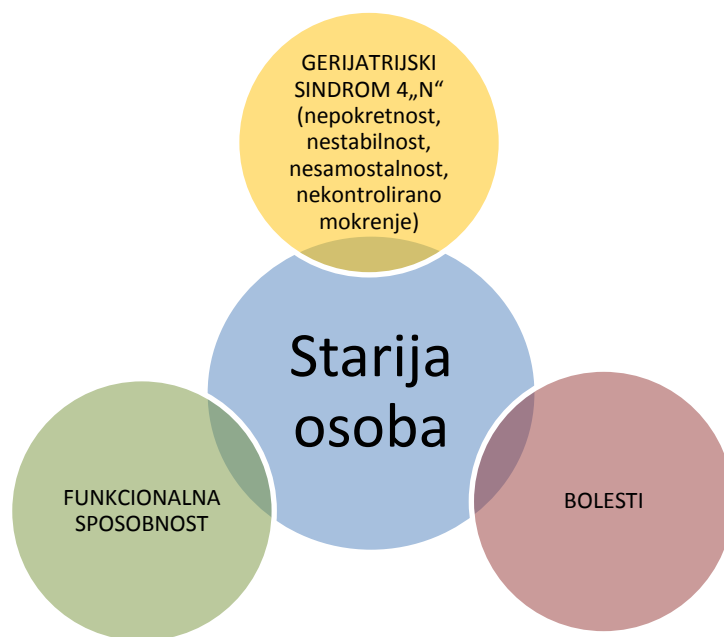
- utvrđivanje kategorije gerijatrijskog bolesnika / korisnika doma za starije u odnosu na zdravstveno stanje i po procjeni funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretnost i psihičku samostalnost;

- algoritam opće / obiteljske medicine u domovima za starije;
- određivanje stupnja gerijatrijske zdravstvene njege po individualnom gerontološkom pristupu;
- redovita provedba sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege;
- kvaliteta zdravstvenih gerontoloških usluga; stručna djelatnost i odgovornost te suodgovornost;
- razvoj gerijatrijske zdravstvene struke u skladu sa europskim gerijatrijskim i gerontološkim normama;
- identitet i prepoznatljivost profesije u gerontologiji i gerijatriji;
- jednakost i međusobna ovisnost pojedinih profesionalnih grana unutar struke;
- definiranje standarda gerijatrijske zdravstvene njege i njihova primjena u struci;
- primjena standarda usluga (postupaka) u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi;
- evaluacija.

Sveobuhvatna i pravovremena gerijatrijska zdravstvena njega je najvažnija u provedbi primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe. Kod gerijatrijskog bolesnika najčešće komplikacije javljaju se u obliku nastanka tzv. „4 N u gerijatriji“ tzv. „**domino efekt**“ (Slika 5).

- **nepokretnost** – javlja se kao gerijatrijski imobilizacijski sindrom;
- **nesamostalnost** – prisutna kod demencije i Alzheimerove bolesti;
- **nestabilnost** - prati veliki broj ozljeda i padova;
- **nekontrolirano mokrenje** - inkontinencija.

U cilju geroprofilakse „4 N u gerijatriji“ geroprofilaksa se odnosi na prevenciju nepokretnosti, nesamostalnosti, nestabilnosti i nekontroliranog mokrenja.



Slika 5. Gerijatrijski domino efekt isključivo u gerijatrijskog bolesnika.

Izvor: Merckov. Gerijatrijski priručnik (2000.), Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „ Dr. Andrija Štampar.“

Nastanak bolesti u starije osobe prati istovremena pojavnost i njezine funkcionalne onesposobljenosti. Gerijatrijska zdravstvena njega i opća medicina u domovima za starije učinkovito, primjereno i dostupno rješava gerontološke zdravstvene probleme na razini primarne zdravstvene zaštite za starije. Sestrinska dokumentacija Gerijatrijske zdravstvene njege, zasnovana prema modelu i konceptu znanstvenih teorija Roper/Juchli zemalja Evropske unije, te standard proces modela Fiecehter – Meier, primjenom 19 obrazaca, nalaže promatranje, prikupljanje, planiranje, praćenje, mjerenje i vrednovanje dokumenata. Hrvatska komora medicinskih sestara 2009. godine donijela je povijesnu odluku o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe kao standardu Hrvatske komore medicinskih sestara (1). Standardi procesa obuhvaćaju holistički pristup u kojem se vrsta i opseg aktivnosti gerijatrijske zdravstvene njege tijekom 24 sata promatra, mjeri i evaluira kroz:

- prikupljanje podataka – rad na biografiji gerijatrijskog osiguranika, sestrinska anamneza i otkrivanje postojećih resursa kod gerijatrijskog osiguranika;
- otkrivanje problema i resursa – sestrinska dijagnoza;
- postavljanje ciljeva - mjerljivih, vidljivih i ostvarljivih;
- izrada plana mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege;
- provedba planiranih mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege;
- evaluacija i ocjena provedenih mjera / intervencija, stupanj ostvarenih ciljeva.

Gerijatrijski korisnik je u središtu profesionalnog djelovanja, te je nužna stalna edukacija i obrazovanje stručnih zdravstvenih djelatnika. Razumijevanje, empatija, i stručne kompetencije smatraju se jednako važnim uvjetima za visoku kvalitetu usmjerene gerijatrijskom osiguraniku i članovima njihove obitelji. Osoblje u ustanovi obavljaju stručne aktivnosti na učinkovit način, pazeći na raspoložive materijalne i ljudske resurse, pri tom vodeći računa o suvremenim znanstvenim spoznajama na području gerijatrijske zdravstvene njege, kako bi se osigurala trajna optimalna gerijatrijska zdravstvena njega, uz kontinuirano provjeravanje i usavršavanje standarda gerijatrijske zdravstvene njege (1). Zbog multimorbiditeta gerijatrijskog korisnika o tjelesnom, duhovnom i psihičkom zdravlju u domovima, brine multidisciplinarni tim stručnjaka kojeg sačinjavaju:

- liječnik (specijalist opće/obiteljske medicine);
- medicinska sestra;
- socijalni radnik;
- specijalističko konzilijarni liječnici: gerijatar, gerontopsihijatar, fizijatar, gerontopsiholog, gerontostomatolog, epidemiolog i dr.;
- logoped;
- fizioterapeut;
- radni terapeut;
- njegovateljice kao pomoćno osoblje u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.

Svaki član tima djeluje u okviru svojih znanja i kompetencija, ali u suradnji s drugim članovima tima. Cilj svih članova tima je cjelovit pristup zaštiti zdravlja starijih osoba koji uključuje sprečavanje, otkrivanje, liječenje, rehabilitaciju i evaluaciju (1).

1.7.1. Kompetencije i zadaci gerijatrijske medicinske sestre u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

Kompetencije i zadaci gerijatrijske medicinske sestre su:

- profesionalni pristup sa specijalnom edukacijom iz gerijatrijske zdravstvene njege;
- holistički pristup u radu (promatranje tijela, psihe, životnih događanja i socijalne okoline gerontološkog korisnika);
- individualni pristup i planiranje njege usmjereno na individualne potrebe,
- ispunjavanje odredbi;
- vođenje sestrinske dokumentacije;
- održavanje i uspostavljanje individualne tjelesne i psihičke sposobnosti u okviru gerijatrijske zdravstvene njege i gerontofizijatrijske rehabilitacije;
- zdravstveno zbrinjavanje gerontološkog korisnika, savjetovanje i provođenje zdrave prehrane;
- odgovarajuća zdravstvena skrb u zadnjoj fazi života i dostojanstvena pratnja umirućih na osnovu individualnih potreba;
- savjetovanje i usmjeravanje na stjecanja prava starijih osoba u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti;
- pomoć u održavanju svakodnevnih aktivnosti u vođenju samostalnog života i svakodnevnih aktivnosti;
- psihosocijalna rehabilitacija i strukturiranje svakodnevnih životnih potreba gerijatrijskog korisnika;
- edukacija i potpora starijih osoba i njihove obitelji u cilju dužeg ostanka u vlastitom domu i obitelji;
- potpora u izgradnji i uspostavi odnosa sa članovima obitelji;
- rad sa osobama oboljelih od demencija i psihogerijatrijska njega;
- utvrđivanje sestrinske gerijatrijsko zdravstvene dijagnoze i provođenje njege po procesu gerijatrijske zdravstvene njege;
- promocija zdravlja kod starijih osoba;
- nadgledavanja rada i edukacija pomoćnog osoblja u njezi;
- poštivanja etičkih načela u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi;

- trajna edukacija gerijatrijske sestre;
- provođenje zakona sestrinske prakse;
- kontrola i organizacija održavanje higijene životnog prostora korisnika i radnog prostora osoblja;
- sudjelovanje u znanstvenoistraživačkom radu u sestrinstvu;
- briga o vlastitom zdravlju, edukacija i provođenje mjera zaštite na radu.

1.7.2. Kompetencije i zadaci negovateljice u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

Zadaci negovateljica u domovima za starije i nemoćne osobe, kao pomoćnog osoblja u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi su:

- razlikovati, odabrati i koristiti odgovarajuće naučene postupke u njezi starijih bolesnih osoba pod nadzorom medicinske sestre koja provodi gerijatrijsku zdravstvenu njegu;
- prepoznati promjene u procesu starenja zdravih i bolesnih starijih osoba, izvješćivati gerijatrijsku medicinsku sestru;
- komunicirati na primjeren način sa starijim korisnicima i primijeniti pravila poslovnog etičnog komuniciranja;
- primijeniti pravila i postupke standardiziranih pravila higijene prostora, pribora i alata u primjeni naučenih poslova pomoćnog djelatnika;
- primijeniti pravila zaštite na radu, zaštite od požara i pružiti prvu pomoć do dolaska stručne kvalificirane osobe;
- redovito izvješćivati o obavljenim poslovima medicinsku gerijatrijsku sestru.

Gerijatrijska zdravstvena njega mora biti kompetentna i kontinuirana, a osoblje koje ju provodi mora biti spremno za cjeloživotno usavršavanje znanja i vještina, kako bi moglo zadovoljiti potrebe starijeg čovjeka (1).

1.8. Cjeloživotno usavršavanje osoblja

Prema Zakonu o sestrinstvu medicinske sestre podliježu obvezi trajnog stručnog usavršavanja, pa se tako u istom članku navodi da medicinske sestre imaju pravo i obvezu

stručnog usavršavanja stalnim obnavljanjem stečenih znanja i usvajanjem novih znanja i vještina, u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestrištva. Trajno stručno usavršavanje provodi se sudjelovanjem na stručnim seminarima, tečajevima i stručnim skupovima. Sadržaj, rokove i postupak trajnog usavršavanja medicinskih sestara općim aktom propisuje Hrvatska komora medicinskih sestara. Poslodavac je obavezan omogućiti medicinskoj sestri stručno usavršavanje u opsegu potrebe za obnavljanje odobrenja za samostalan rad (17).

Živimo u vremenu brzih i dinamičnih medicinsko tehničkih promjena koje zahtijevaju stalno poboljšanje zdravstvenih usluga kroz unapređenje standarda liječenja. Kvalitetna zdravstvena usluga zavisi od kvalitetno obrazovanih stručnih profila zaposlenika. Budući da brze društvene promjene u svim segmentima, pa tako i u zdravstvenoj djelatnosti zahtijevaju očuvanje postojećeg kvaliteta uz stalno povećanje kompetencija zaposlenih u cilju usklađivanja sa standardiziranim procesima liječenja. Cjeloživotno obrazovanje od izuzetne je važnosti u vrijeme revolucionarnog tehnološkog razvoja biomedicinskih znanosti i zdravstvenih sustava. Cjeloživotno obrazovanje predstavlja doživotno obrazovanje usklađeno kroz formalno, neformalno i informalno obrazovanje odraslih, s ciljem unapređenja ili proširenja znanja, vještina i sposobnosti unutar osobnog, profesionalnog i društvenog razvoja. Takav koncept obuhvaća učenje u svim životnim fazama.

Formalno obrazovanje počinje od osnovne škole i traje do okončanja obrazovanja na visokoškolskoj ustanovi, odnosno do kraja preddiplomske nastave i praćeno je planiranim sistemom obrazovanja.

Neformalno obrazovanje usmjereno je na usavršavanje vještina potrebnih na radnom mjestu, odnosno predstavlja svaki oblik dodatnog, dopunskog ili alternativnog oblika obrazovanja. Ovaj oblik obrazovanja u zdravstvenoj ustanovi, odnosi se na sve zaposlenike (zdravstvene i nezdravstvene) najčešće je organiziran putem stručnih predavanja (tečajevi, radionice, seminari, simpoziji, kongresi) ili edukacije zaposlenika radi stjecanja znanja neophodnih u svakodnevnom radu.

Informalno obrazovanje odnosi se na obrazovanje koje se odvija izvaninstitucionalno, tj. svaki pojedinac sam sebi organizira, poradi usvajanja novih

znanja i vještina u cilju cjeloživotnog obrazovanja (razmjena znanja na radnom mjestu, u obitelji, u društvu, kroz medije, sl.). Kod svih članova interdisciplinarnog tima (medicinskih, nemedicinskih radnika, poslovnih suradnika, kao i posjetitelja ustanovama) koji sudjeluju u procesu pružanja zdravstvenih usluga u zdravstvenim i socijalnim ustanovama, nužno je prisutno informalno obrazovanje (18). Danas medicinska sestra pored visoko razvijenih moralnih vrijednosti, mora imati visok stupanj usvojenih znanja, vještina i stručnosti kako bi zadovoljila priznate standarde liječenja i provodila postupke sveobuhvatne kvalitetne gerijatrijske zdravstvene njege (19). Primjena najboljeg stručnog znanja u procesu gerijatrijske zdravstvene njege profesionalno se razvija kontinuiranom edukacijom, tj. cjeloživotnim učenjem, teorijskim i praktičnim radom, s ciljem da se unaprijedi kvaliteta sestrinske skrbi dokumentiranjem stanja i postupaka (20). Važnost kontinuirane edukacije može se pratiti kroz korist koju imaju i zdravstveni radnici i bolesnici na način da kontinuirana edukacija medicinskih sestara povećava sigurnost pacijenata koja je temelj kvalitetne zdravstvene njege (21). Visokoobrazovana medicinska sestra znači bolju organizaciju posla, bolju preventivu, brži tijek liječenja i rehabilitacije, manji mortalitet, uštede u zdravstvu koje su nužne u današnje vrijeme i što je najvažnije, kvalitetniju skrb za pacijenta (22). Standardi gerijatrijske zdravstvene njege su prihvaćene i važeće norme koji definiraju područje zadaće i kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege. Standard procesa gerijatrijske/gerontološke zdravstvene njege čini gerijatrijski korisnik, interdisciplinarni i stručni tim djelatnika. Standardi utvrđuju usluge, propisuju i opisuju mjere, postupke, te planirani način rada koji je obavezan za sve stručne zdravstvene djelatnike. Kompetentni i fleksibilni stručni djelatnici igraju ključnu ulogu za provođenje i osiguranje kvalitete usluga zdravstvene njege za starije osobe (1). Nužnost trajne izobrazbe iz gerontologije proizlazi ne samo iz pozitivne zdravstvene legislative, nego upravo iz multimorbiditetnih zdravstvenih potreba sve starijeg pučanstva. Kontinuirano praćenje i evaluacija zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih osoba, nameće nužnost ne samo cjeloživotnog obrazovanja stručnjaka koje skrbe za starije ljude, nego i edukaciju mlađih osoba tijekom školovanja. Također je potreban stalni nadzor zdravstvenih i socijalnih ustanova koje skrbe za osobe starije životne dobi od strane nadležnih institucija, radi usklađivanja odnosa zdravstvenih, socijalnih i ostalih djelatnika prema potrebama starijih osoba, te sadržajima koji im se pružaju unutar socijalnih i zdravstvenih ustanova. Osnova razvoja

gerontološkojavnozdravstvenog menadžmenta treba se temeljiti na planiranju, utvrđivanju, praćenju, proučavanju i evaluaciji zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti starijih ljudi, što obuhvaća ne samo obrazovni, nego i gospodarski razvoj svih razvijenih država (7). Osobe starije životne dobi trebaju uživati sve dobrobiti suportivnog prilagođenog životnog okruženja. S pravom mogu očekivati visokokvalitetne, dobro koordinirane zdravstvene usluge i usluge socijalne skrbi prilagođene njihovim potrebama, koje im garantiraju dostojanstven život i dostojanstven kraj života (5).

1.9. Zadovoljstvo poslom

Koncept zadovoljstva poslom proučavan je u različitim znanstvenim disciplinama; filozofija, ekonomija, medicina, psihologija, sociologija i dr.. Zadovoljstvo poslom možemo definirati kao stav pojedinca prema poslu, osjećaj koji ljudi imaju o svom poslu, tj. stupanj u kojem se ljudima njihov posao sviđa (osjećaj ugone) ili ne sviđa (nezadovoljstvo). Zadovoljstvo poslom kod zaposlenika je složen aspekt ljudskog doživljavanja i ponašanja, te je vrlo važan čimbenik koji utječe kako na produktivnost tako i na kvalitetu obavljenog posla. Utječe ne samo na motivaciju zaposlenih već i na karijeru, zdravlje i odnose prema suradnicima (23-25). Zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika ima veliki utjecaj na kvalitetu i efikasnost obavljenog posla, a samim tim i na veličinu troškova koji se izdvajaju za zdravstvo. Osim što je značajno za bolesnike i cijeli zdravstveni sustav, profesionalno zadovoljstvo zdravstvenog osoblja direktno je povezano s odsustvom s posla (apsentizam), kao i dobrovoljno napuštanje posla (fluktuacija), međuljudskim odnosima, organizacijom i obavljanjem posla. Proučavanjem literature o zadovoljstvu poslom kod medicinskih sestara zamijećeni su mnogobrojni čimbenici koji utječu na zadovoljstvo poslom, a mogu se svrstati u tri kategorije: jedni se odnose na organizaciju i obavljanje posla, drugi na međuljudske odnose i treća kategorija se odnosi na osobne karakteristike samih zaposlenika. Organizacijski činitelji zadovoljstva poslom su: strateški plan razvoja ustanove i ograničenja koja organizacija ima, mogućnosti zapošljavanja, mogućnost profesionalnog razvoja i napredovanja, supervizija, materijalna nagrada, pravednost sustava u ustanovi, sigurnost, broj zaposlenih na odjelu, stopa fluktuacije zaposlenih, stopa apsentizma zaposlenih, rutinsko obavljanje posla, sofisticiranost opreme i pribora, raznovrsnost posla, opterećenje na

poslu, način organizacije posla, uvjeti rada, te produktivnost. Činitelji međuljudskih odnosa najčešće su: samostalnost, mogućnost zadržavanja svoje osobnosti, kvalitetna komunikacija među članovima tima i rukovodiocima, profesionalno usavršavanje, kvaliteta zdravstvene njege, odnosi s bolesnikom i njegovom obitelji, kvalitetan timski rad, osjećaj pripadnosti i poštovanja (26, 27). U treću kategoriju čimbenika zadovoljstva poslom navode se osobne karakteristike zaposlenika kao što su: dob, spol, rasa, bračni status, broj djece, promjenjive dimenzije ličnosti, na primjer, samopoštovanje ili sposobnost podnošenja stresa, radni staž, pozitivna i negativna emocionalnost, status na radnome mjestu, stupanj obrazovanja, stručno iskustvo, te ukupno zadovoljstvo životom. Zdravstveni radnici su pod povećanim rizikom za profesionalno nezadovoljstvo, prije svega zbog stresa, sagorijevanja na poslu (tzv. burnout) i rada u smjenama kojima su svakodnevno izloženi. Zadovoljstvo poslom redovito se prati u mnogim zemljama, dobivenim rezultatima pomno se pristupa radi uočavanja nedostataka pri obavljanju posla. Po potrebi izrađuje se novi plan rada i preraspodjela posla kako bi se osiguralo učinkovito korištenje osoblja, njihovog iskustva, znanja i kombinacije vještina, te postiglo što veće zadovoljstvo poslom kroz različite oblike motivacije. Stimulacija potiče zaposlenika na stvaralaštvo, veće rezultate, veću odgovornost i obveze. Kombinacijom moralnih i materijalnih oblika stimulacije, postiže se puna angažiranost zaposlenika na radu što se pozitivno odražava na racionalnost, produktivnost i efikasnost (28-32).

Niz novijih međunarodnih istraživanja ukazuju da je zadovoljstvo poslom u korelaciji s povoljnim radnim okruženjem, uvođenjem moderniziranih sustava upravljanja učinkovitošću i razvojem i / ili procesa planiranja osobnog razvoja. Također se ističe važnost uspostavljanja ravnoteže između inputa koji daju liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici i administrativno osoblje za potrebe izrade strateških planova i donošenje operativnih odluka. Izdane su preporuke da rukovoditelji medicinskih sestara razmotre uključivanje medicinskih sestara koje su u neposrednom kontaktu s pacijentima u upravljačku strukturu ustanove, putem relevantnih odbora s ciljem veće povezanosti osoblja unutar cijele ustanove, a time i podizanje kvalitete zdravstvene skrbi. Percepcija zdravstvenog osoblja o poticajnoj atmosferi na radnom mjestu vrlo je važna jer su zdravstveni djelatnici koji su razvili svoj maksimalni potencijal i predanost radu garancija su za pružanje visokokvalitetne gerijatrijske zdravstvene njege (33).

2. CILJ

Glavni cilj istraživanja:

Utvrđiti učinak cjeloživotnog usavršavanja medicinskih sestara i njegovateljica kroz kontinuiranu izobrazbu i unapređenje postupaka gerijatrijske zdravstvene njege na smrtnost i broj intervencija tima hitne medicinske pomoći u Domu za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska.“

Hipoteza:

Nakon provedene dodatne izobrazbe medicinskih sestara i njegovateljica Doma za starije i nemoćne osobe, usvojenih znanja i vještina, te provedenih postupaka postići će se veće zadovoljstvo poslom, smanjit će se smrtnost, kao i broj intervencija tima hitne medicinske pomoći u Domu za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska.“

3. METODE

3.1. Sudionici

Sudionici ispitivanja bili su zaposlenici Doma za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska“ u rasponu životne dobi od 22 – 58 godina života, s različitom dužinom radnog iskustva. U istraživanju su sudjelovale medicinske sestre (N21) i njegovateljice (23), zaposlenici Doma za starije i nemoćne osobe u Splitu. Najveći broj medicinskih sestara ima SSS (N=19), VMS (N=2), dok njegovateljice su većinom prekvalificirane iz drugih zanimanja, uglavnom sa završenom SSS (N=20) i OŠ (N=3).

Brigu o zdravlju korisnika (254 korisnika u stacionarnoj jedinici i 81 korisnik u stambenoj jedinici) u Domu vodile su 23 medicinske sestre i 38 njegovateljica koje su u radnom odnosu na neodređeno vrijeme. Svi zaposlenici prošli su dodatnu izobrazbu, no međutim nisu svi sudjelovali u istraživanju zbog apsentizma u momentu kad se provodilo istraživanje.

3.2. Mjerni instrumenti

Evaluacijski upitnik zadovoljstva izobrazbom medicinskih sestara je sastavljen za svrhu ovog istraživanja. Sastoji se od 13 pitanja kojima se ispituje stupanj zadovoljstva izobrazbom, te postignutim znanjima i vještinama tijekom šestogodišnje stručne dodatne izobrazbe medicinskih sestara zaposlenih u Domu za starije i nemoćne osobe u Splitu. Na postavljena pitanja ispitanici su odgovorili na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva pri čemu 1 znači - uopće se ne slažem, 2 - djelomično se ne slažem, 3 - niti se slažem, niti se ne slažem, 4 - djelomično se slažem, 5 - u potpunosti se slažem. Ukupni rezultat se računa kao zbroj odgovora na pojedinačnim česticama. Minimalni mogući rezultat je 13, a maksimalni 65. Primjeri čestica su: „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja iz gerijatrijske zdravstvene njege (GZNJ).*“ „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja i vještine u liječenju kroničnih rana primjenom modernih obloga.*“ U svrhu ovog istraživanja prikupljeni su i sociodemografski podaci od sudionika, pri čemu je svaki sudionik naveo dob, ukupni radni staž, radni staž u Domu i stručnu spremu.

Evaluacijski upitnik zadovoljstva izobrazbom njegovateljica se sastoji od 7 pitanja kojima se ispituje stupanj zadovoljstva poslom te postignutim znanjima i vještinama

tijekom šestogodišnje stručne dodatne izobrazbe njegovateljica zaposlenih u Domu za starije i nemoćne osobe u Splitu. Na postavljena pitanja ispitanici su odgovorili na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva pri čemu 1 znači – uopće se ne slažem, 2 – djelomično se ne slažem, 3 - niti se slažem, niti se ne slažem, 4 – djelomično se slažem, 5 – u potpunosti se slažem. Ukupni rezultat se računa kao zbroj odgovora na pojedinačnim česticama. Minimalni mogući rezultat je 7, a maksimalni 35. Primjer čestica su: „U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o smjernicama za prehranu starijih osoba“. „U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja i vještine o sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja.“

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu (Kl. 602 – 01/16 - 01/00005, Ur. br: 2181 –228 – 06 –16 – 0002).

3.3. Postupak

U prvom dijelu istraživanja (zadovoljstvo izobrazbom) ispitivalo se zadovoljstvo medicinskih sestara nakon provedene izobrazbe iz sljedećih područja:

- implementacija procesa gerijatrijske zdravstvene njege,
- uloga i važnost vođenja sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege,
- geroprofilaksa nastanka tzv. „4 N u gerijatriji“ (to se odnosi na prevenciju nepokretnosti, nesamostalnosti, nestabilnosti i nekontroliranog mokrenja),
- primjena modernih obloga u liječenju kroničnih rana,
- smjernice za prehranu starijih osoba,
- uloga kliničke enteralne nutritivne potpore kao dodatka prehrani,
- hranjenje bolesnika putem nazogastrične sonde i gastrostome,

Zajedničkim dijelom izobrazbe su, u skladu s kompetencijama njihovih struka, obuhvaćene medicinske sestre i njegovateljice iz sljedećih područja:

- implementacija procesa gerijatrijske zdravstvene njege,
- primjena smjernica za prehranu starijih osoba,

- provođenja preporučenih smjernica za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija,
- pridržavanje preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama,
- procjena pomoći pri kretanju,
- sprečavanje komplikacija dugotrajnog ležanja.

Evaluacijskim upitnikom o učinku provedene izobrazbe obuhvaćeno je razdoblje od veljače 2010. godine do dana testiranja (lipanj 2016.), jer su u tom razdoblju sustavno provedene mjere cjeloživotnog obrazovanja djelatnika koji provode zdravstvenu skrb u Domu za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska.“

Drugi dio istraživanja (Broj intervencija tima hitne medicinske pomoći i Broj umrlih korisnika u Domu) je povijesno kohortna studija u dvije vremenske točke. Kao izvori podataka su korišteni protokol izlazaka tima hitne medicinske pomoći Zavoda za hitnu medicinu Splitsko-dalmatinske županije i njenih prednika i protokol umrlih korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska“ u razdoblju od 1. siječnja 2008. do 31. prosinca 2009. godine, tj. u razdoblju prije provedene izobrazbe, te isti izvori podataka u razdoblju od 1. siječnja 2010. do 31. prosinca 2015. godine, tj. u razdoblju u kojem je provedeno sustavno dodatno obrazovanje djelatnika Doma. Podatci su prikupljeni postupkom prebrojavanja i uspoređeni između dvije vremenske točke. Mjere ishoda su Broj intervencija tima hitne medicinske pomoći i Broj umrlih korisnika u Domu. U prvoj vremenskoj točki obuhvaćeno je razdoblje od 2008.–2009. godine, a u drugoj vremenskoj točki od 2010. – 2015. godine za oba ishoda.

Prikupljeni podaci iz upitnika uneseni su u Microsoft Exel tablice prema unaprijed pripremljenom kodnom planu. Za analizu podataka korišten je program SPSS 19.0. Za obradu je korištena deskriptivna statistika, Cronbach's alpha, Kolmogorov-Smirnov test normalnosti razdiobe, Mann-Whitney U test. i Fishers exact two-tailed test. Rezultati su interpretirani na razini značajnosti $p < 0,05$.

4. REZULTATI

4.1. Zadovoljstvo izobrazbom

Dom broji 23 medicinske sestre u radnom odnosu na neodređeno vrijeme, međutim zbog apsentizma, u istraživanju je sudjelovala 21 medicinska sestra medijana životne dobi 39 g. (min-maks: 26-56 g.). Od ukupnog broja njih 19 (90 %) je srednje, a dvije VŠS stručne spreme. Medijan ukupnog radnog staža sestara iznosio je 16 g. (min-maks: 8-23,5 g.). Medijan staža u domu iznosio je 12 g. (min-maks: 5-31 g.).

U Tablici 5. prikazani su rezultati upitnika koji su služili kao Evaluacijski upitnik za medicinske sestre.

Tablica 5. Prikaz stupnjeva slaganja sa tvrdnjama i prosječnih vrijednosti odgovora na Evaluacijskom upitniku za medicinske sestre (N =21)

| Tvrdnje | Stupanj slaganja N (%) | | | | | M±SD |
|---|------------------------|---|-------|---------|-----------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| U proteklih 6 god. poboljšala su se moja znanja: | | | | | | |
| iz gerijatrijske zdravstvene njege | 1 (5) | | | | 20 (95) | 4,81±0,87 |
| iz geroprofilakse „4N u gerijatriji“ | 1 (5) | | | 1 (5) | 19 (90) | 4,76±0,89 |
| i vještine u liječenju kroničnih rana primjenom modernih obloga | | | 1(5) | | 20 (95) | 4,9±0,44 |
| uloge kliničke enteralne prehrane | | | | 2 (9,5) | 19 (90,5) | 4,9±0,30 |
| smjernica za prehranu starijih osoba | | | | 1 (5) | 20 (95) | 4,9±0,22 |
| područja hranjenja bolesnika putem nazogastrične sonde i gastrostome | | | 1 (5) | | 20 (95) | 4,9±0,44 |
| uloge i važnosti vođenja sestriinske dokumentacije GZNJ | | | | 1 (5) | 20 (95) | 4,9±0,22 |
| provođenja preporučenih smjernica za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija | | | | 1 (5) | 20 (95) | 4,9±0,22 |
| preporučenih zdravstvenim mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama | 1 (5) | | 1 (5) | 1 (5) | 18 (85) | 4,7±0,97 |
| pomoći korisniku pri kretanju | 1 (5) | | | | 20 (95) | 4,81±0,87 |
| sprječavanja komplikacija dugotrajnog ležanja | | | 1 (5) | | 20 (95) | 4,9±0,44 |
| stručnog usavršavanja na ovom radnom mjestu | 1 (5) | | | | 20 (95) | 4,81±0,87 |
| kontinuiranog stručnog usavršavanja | 1 (5) | | | | 20 (95) | 4,81±0,87 |

Unutrašnja pouzdanost tipa Cronbach alpha upitnika (skale) od 13 pitanja (čestica) iznosila je = 0,973

Analizirajući rezultate tablice 6. vidimo da se na svim pitanjima najveći broj medicinskih sestara slaže s tim da su im se poboljšala znanja i vještine (90 % - 95 %), dok je samo 5% odgovorilo da se ne slažu s poboljšanjima i to na slijedećim tvrdnjama.

- Tvrdnja „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja: iz gerijatrijske zdravstvene njege*“ 95 % medicinskih sestara u potpunosti se slaže, a samo 5 % ispitanica, uopće se ne slaže,
- Da su se „*poboljšala znanja i vještine iz geroprofilakse „4 N u gerijatriji:“ nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje*“ 90% ispitanica u potpunosti se slaže, uopće se ne slaže 5 % ispitanica, djelomično se slaže njih 5 %.
- Kada je u pitanju „*poboljšanje znanja i vještine u proteklih 6 godina kod liječenja kroničnih rana primjenom modernih obloga*“ 95 % medicinskih sestara u potpunosti se slažu, a samo 5 % niti se slaže, niti se ne slaže.
- Kako su se „*poboljšala znanja o ulozi kliničke enteralne prehrane*“ smatra 90,5 % ispitanica, dok njih 9,5 % djelomično se slažu.
- U potpunosti se slaže 95 % medicinskih sestara s tvrdnjom „*kako su se poboljšala znanja o smjernicama za prehranu starijih osoba*“ dok njih 5 % djelomično se slaže.
- Da su se poboljšala „*znanja i vještine iz područja hranjenje putem nazogastrične sonde i gastrostome*“ u potpunosti se slaže 95 % ispitanica, a samo njih 5 % niti se slaže, niti se ne slaže.
- Kako su se „*poboljšala znanja o ulozi i važnosti vođenja sestriinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege*“ slaže se čak 95 % sestara, dok njih 5 % djelomično se slažu.
- Većina medicinskih sestara, čak 95 % u potpunosti se slažu kako su se „*U proteklih 6 godina poboljšala znanja iz područja provođenja preporučenih smjernica za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija,*“ dok samo 5 % djelomično se slaže s tom tvrdnjom.
- Ispitanici se **najmanje slažu** u odgovorima na pitanje „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama,*“ 5 % sestara uopće

se ne slaže, 5 % se niti slaže, niti ne slaže, 5 % se djelomično slaže, dok ostalih 85 % se u potpunosti slažu.

- O poboljšanim znanjima „*pri procjeni pomoći korisniku pri kretanju*“ slaže se 95 % ispitanica, dok se s tim 5 % uopće ne slaže.
- Znanja su se poboljšala „*o sprečavanju komplikacija dugotrajnog ležanja*“ tvrdi 95 % medicinskih sestara, dok njih 5 % niti se slaže, niti ne slaže s tom tvrdnjom.
- Tvrdnjom kako su „*zadovoljne svojim stručnim usavršavanjem na ovom radnom mjestu zadnjih 6 godina*“ u potpunosti se slaže 95 % medicinskih sestara, a samo njih 5 % uopće se ne slaže.
- I na kraju s česticom „*Općenito sam zadovoljna provedenim postupcima kontinuiranog stručnog usavršavanja iz gerijatrijske zdravstvene njege u proteklih 6 godina*“ uopće se ne slaže 5 % medicinskih sestara, a ostalih 95 % u potpunosti se slažu.

Veći broj bodova znači veće slaganje. Ukupni broj bodova po ispitaniku dobije se zbrajanjem bodova svih 13 pitanja iz upitnika za sestre. Maksimalni broj bodova iznosi 65. Prosjek ukupnog broja bodova iznosi: $63,1 \pm 7,4$; medijan: 65; min-maks: 31-65; donji-gornji kvartil: 65-65. Ukupan broj bodova ne slijedi normalnu razdiobu ($p < 0,05$).

Razdioba ispitanica prema ukupnom broju bodova:

- 1 (5 %) ispitanica s ukupnim brojem bodova 31;
- 1 (5 %) ispitanica s ukupnim brojem bodova 62;
- 2 (9 %) ispitanica svaka s ukupnim brojem bodova 64;
- 17 (81 %) ispitanica svaka s ukupnim brojem bodova (maksimalni broj) 65.

U istraživanju su sudjelovale 23 njegovateljice medijana životne dobi 48 g. (min-maks: 40-61 g.). Njih 20 (87 %) imalo je SSS, a samo 3 OŠ. Medijan ukupnog staža iznosio je 25,2 g. (min-maks: 12-40 g.), a rada u domu 20 g. (min-maks: 6-38 g.).

U Tablici 6. prikazani su rezultati upitnika koji su služili kao Evaluacijski upitnik za njegovateljice.

Tablica 6. Prikaz stupnjeva slaganja sa tvrdnjama i prosječnih vrijednosti odgovora na Evaluacijskom upitniku za njegovateljice (N =23)

| | Likertova skala N (%) | | | | | prosje \pm SD |
|--|-----------------------|---------|---------|----------|-----------|-----------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| U proteklih 6 god. poboljšala su se | | | | | | |
| moja znanja iz gerijatrijske zdravstvene njege | | | 1 (4,3) | 3 (13) | 19 (82,6) | 4,78 \pm 0,52 |
| moja znanja o smjernicama za prehranu starijih osoba | 1 (4,3) | | | 1 (4,3) | 21(91,3) | 4,78 \pm 0,85 |
| moja znanja o sprečavanju komplikacija dugotrajnog ležanja. | | | 1(4,3) | 4 (17,4) | 18 (78,3) | 4,74 \pm 0,54 |
| moja znanja o provođenju preporučenih smjernica za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija | 1 (4,3) | | | 2 (8,7) | 20 (87) | 4,74 \pm 0,86 |
| moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama | 1 (4,3) | 1 (4,3) | 1 (4,3) | 2 (8,7) | 18 (78,3) | 4,52 \pm 1,08 |
| moja znanja o procjeni pomoći korisnika pri kretanju. | 1 (4,3) | 1 (4,3) | | 4 (17,4) | 17 (73,9) | 4,52 \pm 1,04 |
| zadovoljna sam svojim stručnim usavršavanjem na ovom radnom mjestu. | | | 1 (4,3) | | 22 (95,7) | 4,9 \pm 0,42 |

Unutrašnja pouzdanost tipa Cronbach alpha upitnika (skale) od 7 pitanja (čestica) iznosila je = 0,937.

Analizirajući rezultate Tablice 6. vidljivo je da se na svim pitanjima najveći broj njegovateljica slaže s tim da su im se poboljšala znanja i vještine, dok se manji broj ispitanica izjasnio tvrdnjom da se ne slažu s poboljšanjima. Zabilježene su slijedeće tvrdnje.

- Sa tvrdnjom „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja iz gerijatrijske zdravstvene njege*“ u potpunosti slaže 82,6 % njegovateljica, djelomično se slaže 13 %, a preostalih 4,3 % niti se slaže, niti ne slaže.
- Tvrdnjom „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o smjernicama za prehranu starijih osoba*“ slaže se u potpunosti 91,3 % njegovateljica, uopće se ne slaže 4,3 % ispitanica i djelomično se slaže također 4,3 % njegovateljica.
- Da su se „*poboljšala znanja o sprečavanju komplikacija dugotrajnog ležanja*“ u potpunosti se slaže 78,3 % ispitanica, 17,4 % ispitanica djelomično se slažu, a ostalih 4,3 % niti se slažu, niti se ne slažu.
- Provedena analiza čestice „*o provođenju preporučenih smjernica za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija*“ pokazuje da se 87 % njegovateljica u potpunosti slažu s tvrdnjom, djelomično se slaže 8,7 % ispitanica, a samo 4,3 % uopće se ne slaže s tvrdnjom.
- S tvrdnjom „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama*“ u potpunosti se slaže 78,3 % njegovateljica, djelomično se slaže 8,7 % njegovateljica, 4,3 % ispitanica niti se slaže, niti se ne slažu, njih 4,3 % djelomično se ne slažu i 4,3 % njegovateljica uopće se ne slaže.
- **Najmanju prosječnu ocjenu** dobila je čestica „*poboljšala su se moja znanja o procjeni pomoći korisniku pri kretanju*“ gdje se s tvrdnjom uopće se ne slaže 4,3 % ispitanica, 4,3 % djelomično se ne slaže, njih 17,4 % djelomično se slažu, dok ostalih 73,9 % u potpunosti se slažu.
- **Najveću prosječnu ocjenu** bilježi čestica „*općenito sam zadovoljna provedenim postupcima kontinuiranog stručnog usavršavanja iz gerijatrijske zdravstvene njege u proteklih 6 godina*“ gdje se 95,7 % njegovateljica u potpunosti slaže, a samo njih 4,3 % niti se slaže, niti ne slaže s navedenom tvrdnjom.

Maksimalna vrijednost ukupnog broja bodova njegovateljica iznosi 35. Prosjek ukupnog broja bodova iznosi: $33 \pm 4,76$; medijan: 35; min-maks: 13-35; donji-gornji kvartil: 32-35. Ukupan broj bodova ne slijedi normalnu razdiobu ($p < 0,05$).

Razdioba njegovateljica prema ukupnom broju bodova:

- 1 (4,3 %) ispitanica s ukupnim brojem bodova 13;
- 1 (4,3 %) ispitanica s ukupnim brojem bodova 29;
- 1 (4,3 %) ispitanica s ukupnim brojem bodova 30;
- 2 (8,7 %) ispitanica svaka s ukupnim brojem bodova 31;
- 1 (4,3 %) ispitanica s ukupnim brojem bodova 32;
- 1 (4,3 %) ispitanica s ukupnim brojem bodova 33;
- 16 (69,6 %) ispitanica svaka s ukupnim brojem bodova 35.

Usporedba sestara i njegovateljica

U Tablici 7. prikazani su radi usporedbe rezultati onih pitanja iz anketnih listića koji su zajednički za sestre i njegovateljice.

Tablica 7. Usporedba odgovora u kategoriji „Potpuno se slažem“ između medicinskih sestara i njegovateljica.

| | Udio odgovora „potpuno se slažem“ N (%) | | p* |
|--|--|--------|-------|
| | negovateljice | Sestre | |
| U proteklih 6 godina poboljšala su se: | | | |
| moja znanja iz gerijatrijske zdravstvene njege | 82,6 | 95 | 0,348 |
| moja znanja o smjernicama za prehranu starijih osoba. | 91,3 | 95 | 1,0 |
| moja znanja o sprečavanju komplikacija dugotrajnog ležanja. | 78,3 | 95 | 0,188 |
| o provođenju preporučenih smjernica za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija | 87 | 95 | 0,609 |
| moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama | 78,3 | 85 | 0,188 |
| moja znanja o procjeni pomoći korisnika pri kretanju. | 73,9 | 95 | 0,097 |
| Zadovoljna sam svojim stručnim usavršavanjem na ovom radnom mjestu. | 95,7 | 95 | 1,0 |

*Fisherov egzaktni dvosmjerni test

Nije pronađena statistički značajna razlika u zadovoljstvu izobrazbom između sestara i njegovateljica koje su dale maksimalni broj bodova svakom od 7 pitanja sadržanih u upitniku za sestre i upitniku za njegovateljice (Tablica 5, 6, 7).

Maksimalni broj bodova svakom pitanju dalo je 95 % sestara osim za pitanje „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama*“ gdje je maksimalni broj bodova dalo 85 % ispitanica.

Udio njegovateljica koje su dale maksimalni broj bodova za svako od navedenih 7 pitanja kretao se od 73,9 % za pitanje „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o procjeni pomoći pri kretanju*“ do 95,7 % njegovateljica za pitanje „*Zadovoljna sam provedenim postupcima kontinuiranog stručnog usavršavanja iz gerijatrijske zdravstvene njege u proteklih 6 godina.*“

U Tablici 8. prikazani su medijani (min-maks) sume bodova za 7 zajedničkih pitanja sestara i njegovateljica.

Tablica 8. Testiranje značajnosti razlika između odgovora medicinskih sestara i njegovateljica

| | medicinske sestre | negovateljice | p^* |
|---------------------|----------------------|---------------|-------|
| Medijan sume bodova | 35 | 35 | 0,169 |
| Min-maks | 15-35 | 13-35 | |

*Mann-Whitney test

Provedene analize pokazuju da medicinske sestre i njegovateljice procjenjuju svoja znanja u proteklih nekoliko godina poboljšanima (dakle nakon uvedenih novih edukacijskih aktivnosti), te se obje skupine u visokom stupnju slažu s time. Nije

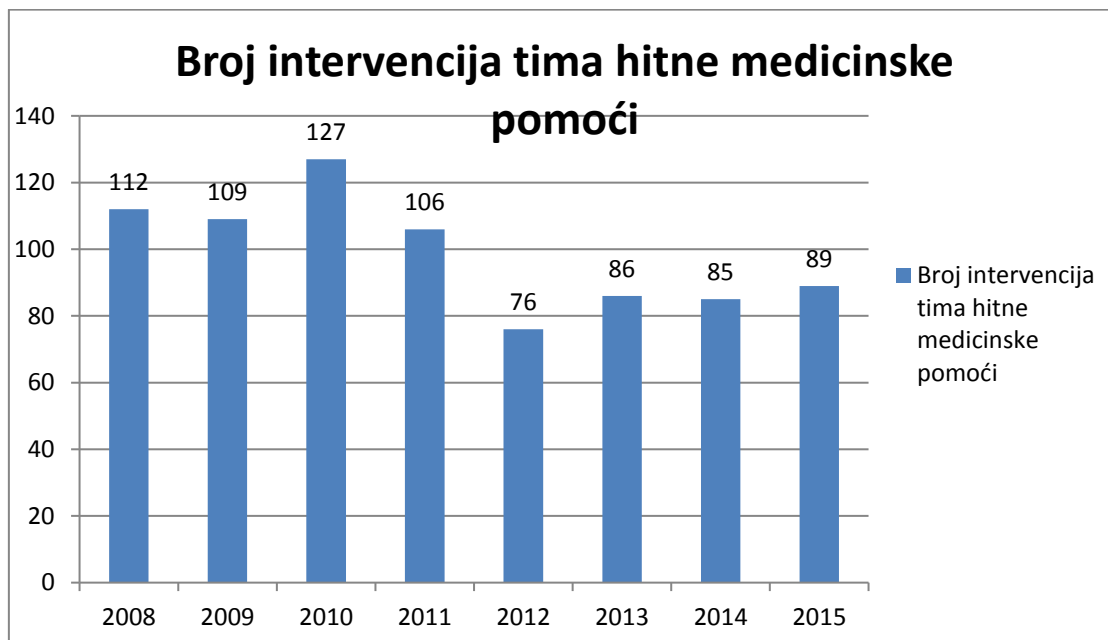
pronađena statistički značajna razlika sume bodova za 7 zajedničkih pitanja između sestara i njegovateljica ($z=1.4$, $p>0,05$).

4.2. Broj intervencija tima hitne medicinske pomoći i broj umrlih korisnika u Domu

Drugi dio istraživanja je povijesno kohortna studija u dvije vremenske točke. Prva vremenska točka odnosi se na vrijeme prije izobrazbe od 01. siječnja 2008. g. do 31. prosinca 2009. g., te druga vremenska točka, period kad se kontinuirano provodila stručna izobrazba od 01. siječnja 2010. g. do 31. 12. 2015. godine.

Glavne mjere ishoda:

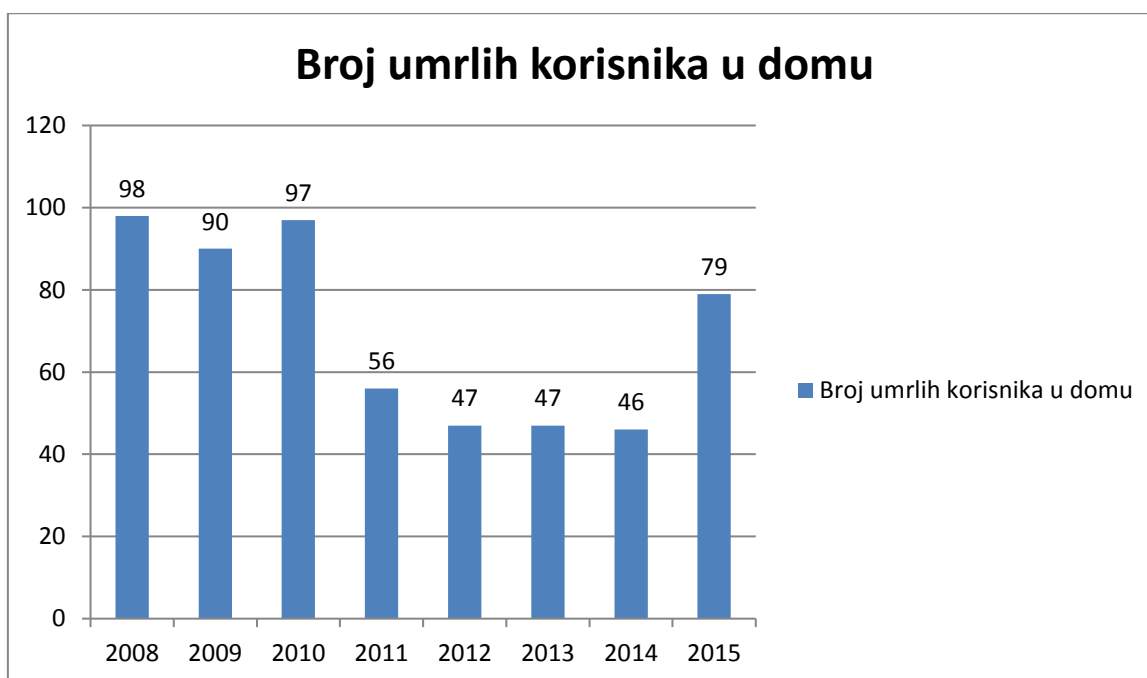
- broj intervencija tima hitne medicinske pomoći u Dom (Slika 6),
- broj umrlih korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska“ (Slika 7).



Slika 6. Broj intervencija tima hitne medicinske pomoći u Dom

Na Slici 6. prikazan je broj intervencija tima hitne medicinske pomoći kroz dvije vremenske točke.

Iz zabilježenih podataka razvidno je da za vrijeme kontinuirane izobrazbe zaposlenika, dakle primjenom novostečenih znanja i vještina zabilježen znatan pad broja intervencija tima hitne medicinske pomoći u Dom.



Slika 7. Broj umrlih korisnika u Domu za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska“

Na slici 7. prikazan je broj umrlih korisnika u Domu za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska,“ kroz dvije vremenske točke, tj. prije i za vrijeme kontinuirane izobrazbe zaposlenika u Domu. Vidljivo, da je tijekom godina došlo do opadanja smrtnosti.

5. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja u prvom dijelu pokazuju visok stupanj zadovoljstva medicinskih sestara i njegovateljica nakon provedene dodatne izobrazbe. Medicinske sestre (njih 95%), su dale gotovo maksimalan broj bodova za sve tvrdnje osim za tvrdnju „*U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama*“ gdje su u 85 % slučajeva dale maksimalan broj bodova. Takav nalaz upućuje da je nužno ponoviti predavanje na temu o „*pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama*“ ili održati radionicu na tu temu, te uključiti same medicinske sestre u izradu plakata koji bi bili oslikani s preporučenim smjericama (npr.; za ljetne mjesece 8 čaša vode dnevno, šešir, suncobran, letak s natpisom ne izlaziti iz kuće između 10–17 h, tijekom hladnoće obavezno koristiti kapu, rukavice, šal, konzumirati nekoliko šalica toplog čaja itd.).

Njegovateljice (njih 95,7%), su izrazito zadovoljstvo iskazale dajući maksimalni broj bodova tvrdnji „*općenito sam zadovoljna provedenim postupcima kontinuiranog stručnog usavršavanja iz gerijatrijske zdravstvene njege u proteklih 6 godina*“ dok su najmanje zadovoljstvo izrazile tvrdnji „*poboljšala su se moja znanja o procjeni pomoći korisniku pri kretanju.*“ Analizirajući navedene podatke utvrđeno je da stručno usavršavanje pozitivno utječe na kvalitetu procesa provođenja gerijatrijske zdravstvene njege, a samim tim i na kvalitetu života gerijatrijskog osiguranika. S obzirom na malen broj ispitanika u provedenom istraživanju ne možemo donositi čvrste zaključke, no možemo dati prijedlog o izradi programa trajnog usavršavanja i za njegovateljice, ako ne na nivou Referentnog centra Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, onda bar interni na nivou Doma.

Daljnjom analizom sedam pitanja koja su sadržavala obje skale, nismo pronašli statistički značajnu razliku broja medicinski sestara i broja njegovateljica koje su dale maksimalni broj bodova po svakom pitanju posebno. Dobiveni rezultati navode na zaključak da bi stručno usavršavanje trebalo biti obavezno i kontinuirano za sve zaposlenike sukladno njihovim kompetencijama kroz formalno i neformalno obrazovanje.

U drugom dijelu istraživanja koje je provedeno u dvije vremenske točke tj. prije provedene izobrazbe i za vrijeme provođenja programa cjeloživotnog obrazovanja, razvidno je da novostečena stručna znanja i vještine itekako utječu na kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege, unapređenju zdravlja, smanjenu smrtnost i manji broj intervencija tima hitne medicinske pomoći u Dom za starije i nemoćne osobe. Rezultati istraživanja jasno pokazuju pad ljestvice umrlih od 2010. godine kad je započela izobrazba, do kraja 2015. godine. U prvoj vremenskoj točki, dakle prije izobrazbe tim hitne medicinske pomoći tijekom 2008. godine intervenirao je 112 puta, tijekom 2009. godine zabilježeno je 109 intervencija u Domu za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska.“ U drugoj vremenskoj točki, za vrijeme kontinuirane izobrazbe zaposlenika doma zabilježene su sljedeće intervencije tima hitne medicinske pomoći u Dom: tako je tijekom 2010. godine bilo 127 intervencija, tijekom 2011. godine 106 intervencija, 2012. godina bilježi 79 intervencija, 2013. godine 86 intervencija, 2014. godine 85 intervencija, te 2015. godine tim hitne medicinske pomoći intervenirao je 89 puta. Ukoliko uzmemo u obzir da cijena dežurstva jednog sata Tima 1 (kojeg sačinjavaju liječnik, medicinski tehničar i vozač) iznosi 800 kuna, onda je jasno kolika je ostvarena ušteda u zdravstvu manjim brojem intervencija Tima 1. Pored uštede, smanjenim brojem intervencija tima hitne medicinske pomoći, stvoreni su uvjeti za preraspodjelu financijskih sredstava prema prioritetima u zdravstvu, te efikasnije i efektivnije korištenje raspoloživog vremena tima hitne medicinske pomoći, imajući u vidu medicinsko zbrinjavanje pacijenta u okviru tzv. „zlatnog sata.“ Poboljšala se i kvaliteta življenja gerijatrijskih korisnika jer su manje koristili usluge prijevoza sanitetskim vozilom, a time izbjegli eventualne komplikacije koje se dešavaju pri prijevozu nepokretnih bolesnika.

S obzirom da je od 2010. godine započela kontinuirana izobrazba, jedan od razloga smanjenja smrtnosti mogao bi biti upravo taj što su medicinske sestre i njegovateljice stekle dodatna znanja i vještine, a time postale i samostalnije u obavljanju poslova u okviru svojih kompetencija. Stekle su veći osjećaj sigurnosti u radu (manje su zvale Hitnu) i učinkovitije su provodile preventivne zdravstvene mjere, koje su doprinijele smanjenju zdravstvenih komplikacija koje bi mogle rezultirati smrtnim ishodom. Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege (GZNJ) implementirana je 2013. godine u Dom za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska,“ za korisnike čije je zdravstveno stanje zahtijevalo najveći stupanj gerijatrijske zdravstvene njege. Sami

počeci implementiranja sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege naišli su na veliki otpor medicinskih sestara (poglavito starijih) i drugih članova gerijatrijskog tima, prvenstveno zbog nedostatka kadrova, a samim tim i vremena koje je potrebno za popunjavanje sestrinske dokumentacije. Zbog nedostatka financijskih i ljudskih resursa sestrinska dokumentacija se vodila/i u pisanom obliku i dalje samo za korisnike treće i četvrte kategorije. Primjenom koncepta gerijatrijske zdravstvene njege prema stručno-znanstvenim teorijama model Roper/ Juchli, proces gerijatrijske zdravstvene njege izvodio se kroz 6 koraka prema standard procesu modela V. Fiechter – M. Meier. Tako su prikupljani podaci o korisniku, otkrivani postojeći problemi i resursi, postavljani ciljevi, izrađen plan intervencija, provedene mjere i vršena evaluacija učinkovitosti gerijatrijske zdravstvene njege. Vodila se evidencija svih provedenih postupaka kroz 24 sata i evaluacija istih u sestrinskoj dokumentaciji gerijatrijske zdravstvene njege, te na vrijeme poduzimane stručne radnje kako bi spriječili nastanak komplikacija (prevencija hipostatske pneumonije, dekubitusa, kontraktura, edema, atrofije mišića, opstipacije, tromboflebitisa). Drugi mogući razlog je taj što se kod gerijatrijskih bolesnika koji boluju od demencije, Alzheimerove bolesti i drugih neuroloških poremećaja na vrijeme uočavao problem poteškoća s gutanjem, te su na vrijeme poduzimane radnje (obaviješten liječnik obiteljske medicine) u svezi potrebe za apliciranjem nazogastrične sonde ili postavljanja perkutane endoskopske gastrostome. Tim postupcima bolesnicima je osiguran adekvatan unos energije i nutrijenata, te spriječen razvoj malnutricije, sarkopenije i vrlo česte komplikacije aspiracijske pneumonije. Jedan od mogućih razloga smanjenog broja umrlih je, redovita procjena nutritivnog statusa osoba starije dobi korištenjem preporučenih validiranih metoda NRS – 2002, najmanje jednom godišnje, po potrebi i češće: kod gladovanja duljeg od 3 dana, nenamjernog gubitka tjelesne težine od 5 % tijekom 3 mjeseca ili 10 % tijekom 6 mjeseci, kada je BMI ispod 22 kg/m². Oralno primijenjeni enteralni pripravci indicirani su i primjenjivani kod pothranjenih osoba starije životne dobi, onkoloških, kirurških i plućnih bolesnika kao i kod dijabetičara. Jedan od sigurnih razloga je cjelovit pristup liječenju kroničnih rana koji uključuje pored primjene modernih obloga, tretman okoline rane, nutritivnu potporu organizma, obilnu hidraciju (> od 30 ml/kg vode na dan), dodatni unos vitamina C, arginina i glutamina. Navedenim postupcima smanjen je broj decubitalnih ulkusa kod ležećih korisnika s 19.3 % koliko ih je zabilježeno 2010. godine na 7.5 %, 2015. godine.

U postupcima prevencije i liječenja bolesnika pored konvencionalne medicine uz suglasnost obiteljskog liječnika, gerijatrijskog bolesnika i članova obitelji korištena je i alternativna medicina kao suportivna terapija (npr. čajevi, regulatori probave, bioflavanoidi, vitaminsko mineralni kompleksi, probiotici, gelovi, kreme i sl.). Svakodnevna primjena postupnika o sprečavanju i suzbijanju bolničkih infekcija itekako je doprinijela poboljšanim uvjetima smještaja, a samim tim i kvaliteti njihovog življenja. Tako su uvedeni neki postupci; obvezno se provodi kupanje svih novoprimljenih korisnika u detergentnom antiseptiku, bez obzira da li dolaze iz bolnice ili iz vlastitog doma, stvoreni su uvjeti za: distribuciju hrane tzv. čistim putem (prema HACCP i ISO standardu), primjenjuje se Pravilnik o gospodarenju medicinskim otpadom. Gerijatrijske osiguranike se potiče na pridržavanje preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama, kao i provođenje 14 aktivnosti za aktivno zdravo starenje, koje su preporučene od strane Referentnog centra Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Centar za gerontologiju. Navedene mjere zasigurno su doprinijele očuvanju postojećeg zdravstvenog stanja starijih osoba. Razvoj moderne tehnologije, također je dao svoj doprinos u pružanju zdravstvene zaštite gerijatrijskog korisnika. Korištenjem blagodatne telemedicine i dobrom komunikacijom gerijatrijske medicinske sestre s ostalim članovima interdisciplinarnog tima gerijatrijski korisnik, koji je u središtu pozornosti na vrijeme je dobivao svu potrebnu zdravstvenu zaštitu, koja uključuje prevenciju, dijagnostiku, liječenje i rehabilitaciju.

Malim financijskim izdancima izvršena je nabavka medicinske opreme, ortopedskih i drugih pomagala. Nabavka opreme doprinijela je kvaliteti gerijatrijske njege i olakšanim/sigurnijim uvjetima rada osoblja. Za provođenje kontinuirane izobrazbe medicinskih sestara i njegovateljica uz veliku dozu entuzijazma za razvoj sestrinske profesije i empatije za gerijatrijskog korisnika, trebalo je osigurati i informatičku opremu (računalo i projektor), koja je nabavljena iz sredstava donacije. Prema pravilniku Hrvatske komore medicinskih sestara izrađen je Plan trajnog stručnog usavršavanja za medicinske sestre. U više navrata pozvani su renomirani stručnjaci iz područja gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege da održe predavanja vezano za probleme starijih osoba i vođenje sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege. Sestre su izražavale zadovoljstvo temama predavanja i lokacijom jer je organiziranje predavanja unutar ustanove, odabir tema, poticanje istraživanja, asertivna komunikacija i redoviti jutarnji

sastanci jačalo osjećaj kako ih se poštuje i podržava. Vodila se briga o moralnim i materijalnim oblicima stimulacije zaposlenika. Mjereni su i evaluirani svi provedeni postupci temeljem dnevnih, mjesečnih i godišnjih izvješća. Sinergijskim učinkom svih članova gerijatrijskog tima uz racionalno korištenje postojećih ljudskih i materijalnih resursa, stvarani su uvjeti za produktivnost i efikasnost u procesu provođenja gerijatrijske zdravstvene njege. Empatičan odnos s korisnicima i članovima obitelji doprinio je njihovom zadovoljstvu i poticanju samoodgovornosti svakog pojedinca za vlastito zdravlje. Radilo se i na promociji Doma, ostvarena je suradnja sa zdravstvenim, socijalnim, obrazovnim i drugim ustanovama koje se bave problemima vezanim za skrb starijih osoba. Svi navedeni čimbenici međusobno se isprepleću i svaki je na svoj način dao doprinos poboljšanju kvalitete skrbi gerijatrijskom korisniku i zadovoljstvu zaposlenika.

Razlog porasta broja umrlih u 2015. godini, možemo tražiti u dvije varijable. Unatoč dobroj procijepljenosti veći broj korisnika (N17) u veljači i ožujku 2015. godine obolio je od sezonske gripe s posljedičnim letalnim ishodom. Drugi vjerojatni razlog su iznimno visoke temperature tijekom ljetnih mjeseci kada je zabilježen veći broj umrlih (N=22), pogotovo na jedinici psihogerijatrije. Za napomenuti je kako veći dio stacionarne jedinice doma nema klimatizirani prostor.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako je cjeloživotno obrazovanje pored zadovoljstva zaposlenika izobrazbom, doprinijelo kvaliteti gerijatrijske zdravstvene njege, unapređenju zdravlja gerijatrijskog bolesnika, boljoj kvaliteti života gerijatrijskom osiguraniku, smanjenju morbiditeta, smanjenju mortaliteta u Domu (za 53% bilježi se pad umrlih korisnika 2014. godine u odnosu na 2008. godinu), te smanjenju broja intervencija tima hitne medicinske pomoći u Dom za starije i nemoćne osobe (za 24,1% smanjen je broj izlazaka tima hitne medicinske pomoći 2014. godine u odnosu na 2008. godinu). Smanjenim pobolom gerijatrijskih osiguranika i smanjenim brojem intervencija tima hitne medicinske pomoći ostvarena je i ušteda u zdravstvenom sustavu.

Proučavajući znanstvene članke nisu nađena istraživanja provedena u Republici Hrvatskoj, a ni šire, koja uključuju segment zadovoljstva medicinske sestre trajnom edukacijom iz područja gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege, te korelaciju kvalitete

gerijatrijske zdravstvene njege sa smanjenom smrtnosti i smanjenim brojem izlazaka tima hitne medicinske pomoći u Dom za starije i nemoćne osobe.

Budući da je životni vijek sve dulji, za očekivati je da će broj starijih osoba s kroničnim bolestima kojima je potrebna dugotrajna skrb također rasti kako u svijetu, tako i kod nas. Stoga je nužno izraditi strateški plan koji će dati odgovor na pitanje kako zadovoljiti zdravstveno socijalne potrebe sve starije populacije pružanjem sigurne i kvalitetne skrbi. Zbog navedenih razloga potrebno je utvrditi koje vrste specijalističkih vještina će biti potrebne stručnim zaposlenicima koji će provoditi zdravstvenu skrb, pitanje broja zdravstvenih radnika i pitanja planiranja radnih mjesta. Na sva ta pitanja odgovor se prokušao naći u istraživanju koje je provedeno u Irskoj u 30 akutnih bolnica. U spomenutom istraživanju utvrđeno je da je planiranje medicinskog osoblja potrebno objediniti na nacionalnoj i organizacijskoj razini, kako bi se osiguralo učinkovito korištenje osoblja, njihovog iskustva, znanja i vještina. Utvrđena je povezanost između razine obrazovanja medicinskih sestara i kvalitete skrbi o pacijentima. Većina medicinskih sestara iskazala je da je razina izgaranja na poslu umjerena do visoka, a razina zadovoljstva poslom niska. Rezultati istraživanja pokazuju na to da povoljno radno okruženje, kao npr. potpora izravno nadređenog rukovoditelja i poticajna atmosfera mogu ublažiti učinke neoptimalnog omjera broja pacijenata i medicinskih sestara. Medicinske sestre su uglavnom pozitivno ocijenile sposobnost, rukovođenje i podršku koju dobivaju od medicinskih sestara rukovoditelja jedinica. Sedamdeset posto anketiranih bolnica navelo je da broj medicinskog osoblja na odjelima ne odgovara težini bolesti pacijenata i njihovim potrebama za zdravstvenom njegom (33).

Analizirajući rezultate istraživanja provedenog u Irskoj, možemo zaključiti kako unatoč znatnim razlikama u načinu funkcioniranja modela zdravstvenog sustava, medicinske sestre u Irskoj imaju probleme slične problemima medicinskih sestara u Hrvatskoj. Upravo provedenom izobrazbom, povoljnim radnim okruženjem i poticajnom atmosferom pokušalo se povećati zadovoljstvo sestara u Domu i umanjiti izvori nezadovoljstva koji su navedeni u irskom istraživanju.

Praktični doprinos ovog istraživanja tj. provedene izobrazbe imaju koristiti medicinske sestre i njegovateljice kojima je olakšan rad, korisnici koji imaju kvalitetniju gerijatrijsku zdravstvenu njegu, samim tim kvalitetniji život i duži životni vijek, te

socijalno zdravstveni sustav kojem je osigurana ušteda. Smanjeni broj izlazaka tima hitne medicinske pomoći i smanjena smrtnost mogla bi biti uvjetovana i nekim drugim čimbenicima primjerice učinkovitijim lijekovima ili pojavnost nekih drugih bolesti od kojih gerijatrijski osiguranici boluju. Korištenim statističkim postupcima nije bilo moguće odrediti uzročno–posljedične odnose što je ograničenje ovog istraživanja. Također je pri planiranju trebalo pratiti vrstu bolesti i lijekova u dvije vremenske točke te bi se onda moglo zaključivati da li je do smanjenja došlo zbog izobrazbe ili možda nekih drugih čimbenika. Sljedeće ograničenje, može se tražiti u nedostatku samoprocjenskih mjera i malom broju ispitanika, jer se na osnovu tog broja ne mogu donositi generalni zaključci.

U nekim sličnim daljnjim istraživanjima bi trebalo uključiti veći broj ispitanika sa većim brojem pitanja koja bi obuhvatila pored zadovoljstva stručnim usavršavanjem, zadovoljstva poslom i pitanje o razvoju karijere gerijatrijske medicinske sestre, njenom uključivanju u izvršna tijela, uključivanje u izradu strateških planova razvoja domova. U istraživanje bi svakako trebalo uključiti veći broj domova (privatnih i javnih) s ciljem dobivanja što relevantnijih podataka, koji bi se mogli generalizirati na sve domove i koji bi poslužili kao odrednica za planiranje daljnjeg razvoja zdravstvene i socijalne skrbi za starije osobe. Trajna edukacija kojom se stječu dodatna znanja iz područja gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege, treba postati prioritet u formalnom i neformalnom obrazovnom sustavu. Kontinuiranom izobrazbom treba razvijati i usavršavati postojeće ljudske resurse u ustanovi gdje se bilježe višestruke koristi, kako za ustanovu, tako i za njene djelatnike. U okviru budućih istraživanja moglo bi se nastaviti evaluirati učinke izobrazbe i budućih mjera za unaprjeđenje, naravno pod uvjetom da se one nastave razvijati i provoditi.

6. ZAKLJUČAK

Provedene analize evaluacijskog upitnika za medicinske sestre i njegovateljice pokazuju da se najveći broj ispitanica slaže s time da su im se poboljšala znanja i vještine (cca 95%), u proteklih nekoliko godina, dakle nakon uvedenih novih edukacijskih aktivnosti.

Novostečena znanja, umijeća i vještine neposredno su implementirane u proces gerijatrijske zdravstvene njege što je doprinijelo: sustavnom provođenju geroprofilaktičkih mjera radi očuvanja funkcionalne sposobnosti i unapređenju zdravlja gerijatrijskog bolesnika, boljoj kvaliteti života gerijatrijskom osiguraniku, smanjenju morbiditeta, smanjenju mortaliteta u Domu (za 53%, bilježi se pad umrlih korisnika 2014. godine u odnosu na 2008. godinu), te smanjenju broja intervencija tima hitne medicinske pomoći u Dom za starije i nemoćne osobe (za 24,1% smanjen je broj intervencija tima hitne medicinske pomoći 2014. godine u odnosu na 2008. godinu). Provedeni procesa gerijatrijske zdravstvene njege dokumentiran je u sestrinskoj dokumentaciji gerijatrijske zdravstvene njege koja uz holistički pristup gerijatrijskom osiguraniku osigurava prikupljanje podataka, utvrđivanje problema i resursa, planiranje i provedbu mjera, te praćenje, evaluaciju i dokumentiranje provedenih mjera. Ostvarena je ušteda u sustavu zdravstva i socijalne skrbi, a time i stvorena mogućnost preraspodjele materijalnih resursa prema prioritetima zdravstveno–socijalne politike.

7. LITERATURA

1. Tomek – Roksandić S, Lukić M, Deucht A, Županić M, Ljubičić M, Šimunec D, „i sur“. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestriškom dokumentacijom i postupnikom opće / obiteljske medicine u domu za starije osobe, II. Dopunjeno izdanje, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba; Zagreb, 2012.
2. „Starenje u 21. Stoljeću: uspjeh i izazov“, Izvješće zaklade UN-a za stanovništvo (UNFPA and HelpAge International, 2012).
3. Nejašmić I, Toskić A. Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive, 2013.
4. Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014 do 2016. godine. Ministarstvo socijalne politike i mladih, Zagreb, 2014.
5. Tomek – Roksandić S. Osnove o starosti i starenju – vodič uputa za aktivno zdravo starenje, , Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo dr. A. Štampar,– Referentni centar Ministarstva zdravlja RH, za zaštitu zdravlja starijih osoba; Zagreb, 2012.
6. Statistički ljetopis RH 2012. DZS Popis stanovništva 2011.
7. Tomek – Roksandić S, Tomasović Mrčela N, Šostar Z, Narančić Smolaj N, Ljubičić M, Maltarić M „i sur“. Zaštita zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj – gerontološkojavnozdravstveni menadžment; Gerontološki simpozij,“Zdravstveni prioriteti u brizi za osobe starije životne dobi“, Opatija 2015.
8. Vučica I, Smoljanović M. Gerontološka tribina, „ Zdravstveno stanje stanovnika starije dobi Splitsko – dalmatinske županije“, Odjel / Centar za gerontologiju Službe za javno zdravstvo NZZJZ SDŽ, 2014.
9. Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko, Naklada Slap, 2003
10. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi, Doktorska disertacija, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2010.
11. Lemme BH. Development in adulthood. Boston: Allyn and Bacon, 1995.
12. Birren JE ,Schaie KW. Handbook of the Psychology of Aging. New York: Academic Press, 2001.

13. Schaie KW, Willis SL. Adult development and Aging. New York: Harper Collins College Publishers, 2001.
14. Fulgosi A. Psihologija ličnosti - teorije i istraživanja. Zagreb: Školska knjiga, 1994.
15. Gibbson HB. Loneliness in later life. London: Antony Rowe Ltd, Chippenham, Wiltshire, 2000.
16. Cohen C. Loneliness in Later Life. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2000; 8 (4): 273 – 285.
17. Zakon o sestrinstvu, NN 121/03, 117/08, 57/11; dostupno na URL: <http://www.zakon.hr/z/407>
18. Loga, S. (2009): Interdisciplinarnost u današnjoj znanosti, Motrišta, Glasilo Matice Hrvatske, br. 47-48, Mostar
19. Holmes AM. Transforming education, Nursing management, April 2011, Volume 42, number 4, pages 34-38; dostupno na URL: http://www.nursingcenter.com/INCjournal/article?Article_ID=1150962
20. Standardi sestrinske prakse određene propisima Hrvatske komore medicinskih sestara i tehničara te Zakonom o sestrinstvu; dostupno na URL: <http://www.hkms.hr/dokumenti.php>
21. Brestovački B, Cigić T. Kontinuirana edukacija medicinskih sestara, Medicina danas 2009; 8: 374-80.-
22. Rimac B, Vičić-Hudorović V. Utjecaj obrazovanja zdravstvenih djelatnika na sigurnost pacijenata. Sestrinski Glasnik 2013; 18: 44-7
23. Van den Berg TIJ, Alavinia SM, Bredt FJ, Lindeboom D, Elders LAM, Burdorf A. The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. Int Arch Occup Environ Health 2008; 81:1029–36.
24. Van Dijk FJH, Swaen GMH. Fatigue at work. Occup Environ Med 2003; 60(Suppl.1).
25. Makowiec-Dabrowska T, Koszoda-Włodarczyk W, Bortkiewicz A, Gadzicka E, Siedlecka J, Józwiak Z, et al. [Occupational and non-occupational determinants of work ability] [Article in Polish] Med Pr 2008; 59

26. Barać I, Plužarić J, Kanisek S, Nemet I, Dubac L. Zadovoljstvo poslom kod medicinskih sestara i tehničarau odnosu na radno mjesto, Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, medicinski fakultet, Sveučilišni studij sestrinstva, Osijek, 2015. 27 -32. <http://hrčak.srce.hr/137451> (25.08.2016.).
27. Hayes B, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manag.* 2010;18:804-14.
28. Miljković S. [Motivation of employees and behaviour modification in health care organisations] [Article in Serbian]. *Acta Medica Medianae* 2007; 46(2):53-62.
29. Gray-Toft PA, Anderson JG. Organizational stress in the hospital: development of a model for diagnosis and prediction. *Health Serv Res* 1985; 19:753–74
30. Novak T, Laušić H, Nišević Jandrić A. Zadovoljstvo poslom, profesionalni stres i sagorijevanje osoblja u penalnim institucijama, Odsjek za kriminologiju, Edukacijsko rehabilitacijski fakultet, Sveučilišta u Zagrebu, 2008. 109 -112. <http://hrčak.srce.hr/file/145889> (25.08.2016.).
31. Verschuren PJM, Masselink H. Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. *Soc Sci Med* 1997; 45:1135–8.
32. Spector PE. *Job satisfaction: application, assesment, cause and consequences.* Thousand Oaks etc.: Sage Publication; 1997.
33. Scott A, Kirwan M, Matthews A, Lehwaldt D, Morris R, Staines A. Medicinsko osoblje u stresnom radnom okruženju , Izvješće o RN4CAST istraživanju u Irskoj 2009.-2010.

8. SAŽETAK

Cilj: Utvrditi učinak cjeloživotnog usavršavanja medicinskih sestara i njegovateljica kroz kontinuiranu izobrazbu i unapređenje postupaka gerijatrijske zdravstvene njege na smrtnost i broj intervencija tima hitne medicinske pomoći u Domu za starije i nemoćne osobe.

Metode: U istraživanju su sudjelovale medicinske sestre (N=21) i njegovateljice (N=23), zaposlenice Doma za starije i nemoćne osobe u Splitu. U prvom dijelu istraživanja primijenjena je skala stupnja zadovoljstva kontinuiranom izobrazbom, te postignutim znanjima i vještinama tijekom šestogodišnje stručne dodatne izobrazbe medicinskih sestara i njegovateljica. Drugi dio istraživanja je povijesno kohortna studija s mjerenjima u dvije vremenske točke. Prva vremenska točka odnosi se na vrijeme prije izobrazbe, te druga vremenska točka, period kad se kontinuirano provodila stručna izobrazba. Mjere ishoda su bile broj intervencija tima hitne medicinske pomoći i broj umrlih korisnika u Domu za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska.“

Rezultati: Najveći broj medicinskih sestara slaže se s tim da su im se poboljšala znanja i vještine (95%). Najveći broj njegovateljica iskazalo je visok stupanj zadovoljstva s cjeloživotnim usavršavanjem (95,7%), dok se manji broj ispitanica izjasnio tvrdnjom da se ne slažu s poboljšanjima. Nismo dokazali statistički značajnu (razliku) ($z=1,4$; $p>0,05$) između broja sestara i njegovateljica koje su dale maksimalni broj bodova svakom od pitanja sadržanih u upitniku za sestre i upitniku za njegovateljice. Provedene analize pokazuju da medicinske sestre i njegovateljice procjenjuju svoja znanja u proteklih nekoliko godina poboljšanima (dakle nakon uvedenih novih edukacijskih aktivnosti), te se obje skupine u visokom stupnju slažu s time. Implementacijom novostečenih znanja u proces gerijatrijske zdravstvene njege kroz mjere ishoda za vrijeme kontinuirane izobrazbe zabilježena je smanjena stopa smrtnosti za 53% i smanjen broj intervencija tima hitne medicinske pomoći za 24.1% u Dom u odnosu na vrijeme prije izobrazbe.

Zaključak: Medicinske sestre i njegovateljice iskazale su visok stupanj zadovoljstva cjeloživotnim obrazovanjem, U ovom istraživanju utvrđeno je, kako je u razdoblju nakon početka provođenja izobrazbe medicinskih sestara i njegovateljica, došlo do smanjenja smrtnosti i smanjenog broja intervencija tima hitne medicinske pomoći u Dom.

9. SUMMARY

Goal: To determine the effect of lifelong learning of the nurses and assistants in health care through training and promotion of procedures geriatric health care on mortality and the number of the interventions of the emergency response team in the Retirement home.

Methods: In the research participated the nurses (N=21) and assistants in health care (N=23) that are employees of the Retirement home in Split. In the first part of research the scale degree of satisfaction with continuous training was applied, and achieved knowledges and the skills through the six-year professional training of nurses and assistants in health care. In the second part of research there is historical cohort study with measurements in two time points. The first point in time refers to the time before training, and the second point in time refers to the period where the professional training was continuously conducted. Outcome measures were the number of emergency response team and the number of dead users of a Retirement home in Split, object "Vukovarska."

Results: The most number of the nurses agrees with that their knowledge and skills have improved (95%). The biggest number of assistants in health care have state the high level satisfaction with the life-long training (95,7%), while the smaller number of respondents have said that they do not agree with improvement. We did not approved the statistically significant difference between the number of the nurses and assistants in health care that gave the maximum number of the points for every question that was in the questionnaire for nurses and for the assistants in health care. The analysis show that nurses and assistants in health care assessed their knowledge in the last few years improved (so after we introduced the new educational activities), the both groups have agreed with that in high level. By implementing the newly acquired knowledge in the process of geriatric health care through measures outcomes during the continuous training was observed reduced mortality rates for 53% and it reduced the number of interventions of emergency response team and services for 24.1% in the Retirement home compared to the time before the training.

Conclusion: Nurses and assistants in health care have demonstrated a high degree of satisfaction with lifelong learning. In this study it was found, that in the period after the beginning of conducting training of nurses and assistants in health care it came to reduced

mortality and reduced number of the emergency response team and their medical services in Retirement home.

10. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI

Ime i prezime: Zdravka Đapić Kolak

Datum rođenja: 29.03.1965.

Adresa: Marina Držića 4, Split

Mobitel: 091/ 222-0451, 098/591-739

E-mail: zdravka.dapic.kolak@gmail.com

OBRAZOVANJE

2013.- 2016. Diplomski studij sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Sveučilišta u Splitu

2013. - 2013. Razlikovni modul, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih
studija Sveučilišta u Splitu

1988. - 1992. Medicinski fakultet – Split, Viša škola za medicinske sestre

1979. - 1983. Zdravstveni obrazovni centar Split; medicinska sestra općeg smjera

RADNO ISKUSTVO

1983. – 1987. Dom zdravlja Split, OUR hitna medicinska pomoć

1987. – 2002. Ustanova za HMP Split, odgovorna sestra odjela Kaštel Stari

2002. – 2010. Ustanova za HMP Split, odgovorna sestra odjela Solin

2008. – 2008. v.d. glavna sestra UHMP Splitsko-dalmatinske županije

2010. – glavna sestra, Dom za starije i nemoćne osobe Split, objekt „Vukovarska“

SURADNIK, ČLAN DRUŠTAVA I NADZORNIH ODBORA

2003. - 2006. Vanjski suradnik u nastavi na Dodiplomskom stručnom studiju sestrinstva pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu
Vanjski suradnik u nastavi na Odjelu za stručne studije Sveučilišta u Splitu, smjer sestrinstvo
2013. - Član Stručnog vijeća Doma za starije i nemoćne osobe Split
2013. – Član Upravnog vijeća Doma za starije i nemoćne osobe
2014. - Suradnik u provođenju nastave, Zdravstvena škola Split
2015. - 2016. Suradnik u provođenju nastave, Centar za kulturu i cjeloživotno obrazovanje Zlatna vrata
2015. – 2016. Suradnik u provođenju nastave Suvremeno učilište u Splitu
2016. g. Suradnik u nastavi, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Diplomski studij sestrinstva

EDUKACIJE, USAVRŠAVANJA, PREDAVANJA, MENTORSTVA, POSTIGNUĆA

2003. g. (kontinuirano) sudjelovanje na edukaciji i stručnom usavršavanju prema pravilniku Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS)
2005. g. (mentor) Matas. N. S. Edukacijom pučanstva do kvalitetnije prve pomoći bolesniku. Stručni studij sestrinstva Split, 2005.
2006. g. (mentor) Šarić M. Uloga medicinske sestre u kardiopulmonalnoj reanimaciji. Stručni studij sestrinstva Split, 2006.
2006. g. (mentor) Grubišić I. Uloga medicinske sestre u hitnom zbrinjavanju bolesnika s bolestima dišnog sustava. Stručni studij sestrinstva Split, 2006.

2007. g. predavač u sklopu trajnog usavršavanja medicinskih sestara u organizaciji Hrvatske komore medicinskih sestara, predavanje na temu: Kardiopulmonalna reanimacija
2011. g. predavač na 4. Gerontološkoj tribini na temu; Kronične rane (Dekubitus), Centar za Gerontologiju NZZJZ, SDŽ, Split
2011. g. koautor članka „Kronične rane prvi dio-dekubitus“, Javno zdravstvo, Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije
2012. g. predavač na 9. Gerontološkoj tribini na temu; Ulcus cruris, Centar za Gerontologiju, NZZJZ, SDŽ, Split
2012. g. Certifikat o pohađanju Hrvatske gerontološke i gerijatrijske škole, znanstveni skup s međunarodnim sudjelovanjem
2012. g. sudjelovanje na Međunarodnoj konferenciji FEPI- ja u Splitu, Sestrinstvo i sigurnost pacijenata u kriznim vremenima
2013. g. implementacija sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u Dom za starije i nemoćne osobe u Splitu.
2013. g. kontinuirani rad na izradi dokumentacije Gerijatrijske zdravstvene njege u suradnji sa Referentnim centrom Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb
2013. g. sudjelovanje na predavanju i radionici Dani bolničke prehrane KBC Zagreb – Rebro

2013. g. sudjelovanje na edukaciji o sprečavanju i suzbijanju bolničkih infekcija KBC Zagreb - Referentni centar za bolničke infekcije
2013. g. pohvala Inspeksijskog nadzora Ministarstva socijalne politike i mladih RH za kvalitetu zdravstvene skrbi u Domu za starije i nemoćne osobe Split
2014. g. aktivno sudjelovanje u izradi projekta na temu; „NRS projekt – praćenje nutritivnog statusa bolesnika prije i nakon provođenja enteralnog hranjenja“
2015. g. aktivno sudjelovanje u provođenju projekta na temu: Prevalencija malnutricije i sarkopenije u Domovima za starije osobe RH
2015. g. izrada Plana trajnog usavršavanja medicinskih sestara za 2016. godinu, Doma za starije i nemoćne osobe- Split, prema Pravilniku Hrvatske komore medicinskih sestara
2016. g. predavač u sklopu trajnog usavršavanja medicinskih sestara u organizaciji Hrvatske komore medicinskih sestara, predavanje na temu; Četiri stupnja Gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnicima u Domu.
2016. g. predavač u sklopu trajnog usavršavanja medicinskih sestara u organizaciji Hrvatske komore medicinskih sestara, predavanje na temu; Mjere sprečavanja i suzbijanja bolničkih infekcija
2016. g. predavač u sklopu trajnog usavršavanja medicinskih sestara u organizaciji Hrvatske komore medicinskih sestara, predavanje na temu; Utjecaj enteralne prehrane na sprečavanje komplikacija dugotrajnog mirovanja

VJEŠTINE

Vozačka dozvola: B kategorija

Pasivno vladanje engleskim jezikom

Aktivni rad na računalu (Word, Excel, PowerPoint...).

HOBIIINTERESI

- Sport i rekreacija
- Psihologija

PRILOG 1

EVALUACIJSKI UPITNIK ZA MEDICINSKE SESTRE

1. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja iz Gerijatrijske zdravstvene njege.
 - 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem

2. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja iz geroprofilakse „4 N u gerijatriji“: nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje.
 - 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem

3. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja u liječenju kroničnih rana primjenom modernih obloga.
 - 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem

4. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o ulozi kliničke enteralne prehrane.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

5. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o smjernicama za prehranu starijih osoba.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

6. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja iz područja hranjenje bolesnika putem nazogastrične sonde i gastrostome.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

7. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o ulozi i važnost vođenja sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

8. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o provođenju preporučenih smjernica za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

9. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

10. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o procjeni pomoći korisnika pri kretanju.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

11. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o sprečavanju komplikacija dugotrajnog ležanja.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

12. Zadovoljna sam svojim stručnim usavršavanjem na ovom radnom mjestu zadnjih 6 godina.

- 1- uopće se ne slažem
- 2- djelomično se ne slažem
- 3- niti se slažem, niti se ne slažem
- 4- djelomično se slažem
- 5- u potpunosti se slažem

PRILOG 2

EVAULACIJSKI UPITNIK ZA NJEGOVATELJICE

1. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja iz Gerijatrijske zdravstvene njege.
 - 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem

2. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o smjernicama za prehranu starijih osoba.
 - 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem

3. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o sprečavanju komplikacija dugotrajnog ležanja.
 - 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem

4. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o provođenju preporučenih smjernica za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija.
 - 1- uopće se ne slažem

- 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem
5. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o pridržavanju preporučenih zdravstvenih mjera za starije osobe pri izlaganju visokim i niskim temperaturama.
- 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem
6. U proteklih 6 godina poboljšala su se moja znanja o procjeni pomoći korisnika pri kretanju.
- 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem
7. Zadovoljna sam svojim stručnim usavršavanjem na ovom radnom mjestu zadnjih 6 godina.
- 1- uopće se ne slažem
 - 2- djelomično se ne slažem
 - 3- niti se slažem, niti se ne slažem
 - 4- djelomično se slažem
 - 5- u potpunosti se slažem

Zahvaljujem na suradnji!