Zdravstveni i socijalni pokazatelji u razvoju zdravstvene njege osoba starije životne dobi na području Splitsko-dalmatinske županije

Orlandini, Rahela

Master's thesis / Diplomski rad

2015

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:424273

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Rahela Orlandini

ZDRAVSTVENI I SOCIJALNI POKAZATELJI U RAZVOJU ZDRAVSTVENE NJEGE OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE

Diplomski rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Rahela Orlandini

ZDRAVSTVENI I SOCIJALNI POKAZATELJI U RAZVOJU ZDRAVSTVENE NJEGE OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI NA PODRUČJU SPLITSKO-DALMATINSKE ŽUPANIJE

HEALTH AND SOCIAL INDICATORS IN NURSE CARE OF ELDERLY DEVELOPMENT IN SPLIT-DALMATIA COUNTY

Diplomski rad / Master's Thesis

Mentor:

doc. dr. sc. Vesna Antičević

Split, 2015.

Zahvala:

Mojoj mentorici doc. dr. sc. Vesni Antičević od sveg srca zahvaljujem na profesionalnoj i osobnoj pomoći tijekom izrade ovog diplomskog rada te što je vjerovala u mene, kada više ni sama nisam vjerovala.

Mojoj divnoj obitelji kojoj se ne mogu dovoljno zahvaliti što mi je cijelo vrijeme bila podrška i imala razumijevanje za sve one sate koje sam posvetila knjizi, a ne njima.

Hvala vam!

SADRŽAJ:

1. UVOD 1

1.1. Značajke osoba starije životne dobi 1

1.2. Teorije starenja 3

1.3. Demografska obilježja osoba starije životne dobi 3

1.4. Sociodemografski aspekti starenja 11

1.5. Međunarodni dan starijih osoba – 1. listopad 13

1.6. Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine 14

1.6.1. Međugeneracijska solidarnost i razvoj usluga za starije osobe 15

1.6.2. Pilot programi međugeneracijske solidarnosti – dosadašnja iskustva 15

1.7. Zdravstveno stanje osoba starije životne dobi na području Splitsko-dalmatinske županije 17

2. CILJ RADA 20

3. IZVORI PODATAKA I METODE 21

3.1. Podatci o trajanju i mjestima provođenja istraživanja 21

3.2. Povjerljivost i uvid u dokumentaciju 21

3.3. Osnovni podaci o ispitanicima 21

3.4. Metode 22

3.5. Analiza 22

3.6. Moguće koristi i rizici od istraživanja 22

4. REZULTATI 24

4.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika 24

4.2. Navike i aktivnosti ispitanika 31

4.3. Zdravstveno stanje ispitanika 38

5. RASPRAVA 56

5.1. Socijalna obilježja 56

5.2. Funkcionalni status osoba starije životne dobi 58

5.3. Procjena zdravstvenog stanja 58

5.4. Smjernice za daljnji razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi 60

6. ZAKLJUČCI 63

7. LITERATURA 64

8. SAŽETAK 67
9. SUMMARY 68

1. UVOD

Kako bi uopće mogli pristupiti razvoju zdravstvene njege starijih osoba, prije svega se moramo upoznati sa zdravstvenim i socijalnim pokazateljima određenog područja, odnosno okruženja. Poznavanje jedne zajednice u interakciji sa zdravstvenim, socijalnim, kulturnim i ekonomskim okruženjem je preduvjet za definiranje prioritetnih programa djelovanja s ciljem podizanja kvalitete u zdravstvu te u konačnici bolje kvalitete življenja, poglavito osoba starije životne dobi. Naravno, sve to promatramo uvažavajući fiziološke značajke osoba starije životne dobi.

1.1. Značajke osoba starije životne dobi

Starenje i starost nisu istoznačni. Starenje je prirodan i nepovratan fiziološki proces, koji kod svakog čovjeka napreduje različitom brzinom, a starost predstavlja određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi. Kako se povisuje životna dob tako se događaju mnogobrojne promjene na organima i organskim sustavima, što dovodi do progresivnog slabljenja njihovih funkcija te se učestalije javljaju kronične bolesti, a time i funkcionalna onesposobljenost osobe starije životne dobi (1).

Nemoguće je odrediti kada počinjemo starjeti. Sam proces starenja zapravo počinje začećem i traje do smrti, a uvjetovan je genotipskom i fenotipskom individualnošću same osobe. Starenje ima tri aspekta (biološki, psihološki i socijalni) koja su međusobno povezana, ali ne moraju nužno započeti u istovremeno. S obzirom na vulnerabilnost ove dobne skupine čiji se udio u sveukupnom stanovništvu progresivno povećava, gerontologija kao znanstvena disciplina koja proučava starenje u najširem smislu (njegove kliničke, biološke, ekonomske, socijalne i psihološke aspekte) zauzima sve važnije mjesto u razvijenim državama svijeta (1,2).

Osobe od 65 godina i više, odlaskom u mirovinu, ulaze u vrijeme prilagodbe na nove aktivnosti. Aktivnosti osobe starije životne dobi ne prestaju, one samo mijenjaju svoj oblik. „Starost je vrijeme kada život dobiva nove duhovne dimenzije i prednosti kojih nije bilo u mlađoj životnoj dobi. Otvaraju se šanse razvoja i mogućnosti ostvarenja

preorijentacijskih radnih aktivnosti. Aktivno zdravo starenje uključuje prilagodbu novim okolnostima, spoznajama te stalnom učenju i otkrivanju prednosti u starenju i starosti.“(1)

Istraživanja su pokazala kako postoje četiri gerontološko-javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja osoba starije životne dobi u Hrvatskoj (4N):

1. **Nepokretnost** – javlja se kao gerijatrijsko imobilizacijski sindrom;
2. **Nestabilnost** – prisutan je veliki udio ozljeda i padova;
3. **Nesamostalnost** – prisutan je sve veći udio demencija i Alzheimerove bolesti;
4. **Nekontrolirano mokrenje** – prisutan je sve veći udio inkontinencije.

Kod osoba starije životne dobi dolazi do sniženja bazalnog metabolizma kao posljedica smanjenja mišićne mase i količine vode u tijelu, uz istodobno povećanje rezervi masnog tkiva. S povećanjem životne dobi dolazi i do fizioloških promjena u vidu slabljenja osjeta opipa, mirisa, vida i sluha, što sve može imati negativan utjecaj na pravilnu prehranu i stanje uhranjenosti osoba starije životne dobi. Pored toga, postoje psihološki (žalovanje, apatija, tjeskoba, depresija i sl.), sociološki (izoliranost) i ekonomski (smanjena primanja odlaskom u mirovinu) čimbenici koji utječu na prehrambeni status osoba starije životne dobi (1).

Kronološka dob od 65 godina, u većini razvijenih zemalja svijeta, je prihvaćena kao dobna granica u definiranju osoba starije životne dobi. Svjetska zdravstvena organizacija stariju životnu dob dijeli na (3):

- raniju starost (65-74 godine),
- srednju starost (75-84 godine) i
- duboku starost (85 godina i više).

Nalazimo se pred jednom od najvećih društvenih promjena koje će uveliko obilježiti nadolazeće razdoblje. Naime, u sljedećih desetak godina mnoge osobe iz tzv.“baby boom“ generacije (rođeni između 1946. i 1963. godine) otići će u mirovinu, a mlada generacija neće moći popuniti prazninu na tržištu rada. Osobe koje idu u mirovinu sa 65 godina života pred sobom imaju još oko 20 godina života te tako, osim što u ekonomskom smislu predstavljaju financijski problem, predstavljaju i problem zdravstvene skrbi kojeg se mora rješavati pojedinačno na nivou svake države (4).

1.2. Teorije starenja

Temeljna pitanja zašto starimo i kako kvalitetno produžiti svoj životni vijek temelje se na mnogim teorijama starenja i sve se one isprepleću te zajedno daju pravi odgovor.

Postoje tri skupine teorije starenja:

- biološke
- sociološke
- psihološke

Biološke teorije starenja naglašavaju kako je proces starenja uvjetovan genetikom, odnosno da postoji genetski određen plan starenja, ali ga varijable iz okoline mogu modificirati. Među ovim teorijama su i one koje naglašavaju kako je proces starenja rezultat nakupljenih oštećenja koja su uzrokovana događajima iz svakodnevnog života.

Sociološke teorije starenja naglašavaju utjecaj društva i kulture na starenje pojedinca i utjecaj starenja pojedinca na društvo. Ove teorije objašnjavaju kako pojedinac u procesu starenja djeluje na društvo, i obrnuto, a određuju ih promjene u socijalnim aktivnostima, promjene socijalnih interakcija i socijalnih uloga u funkciji starenja.

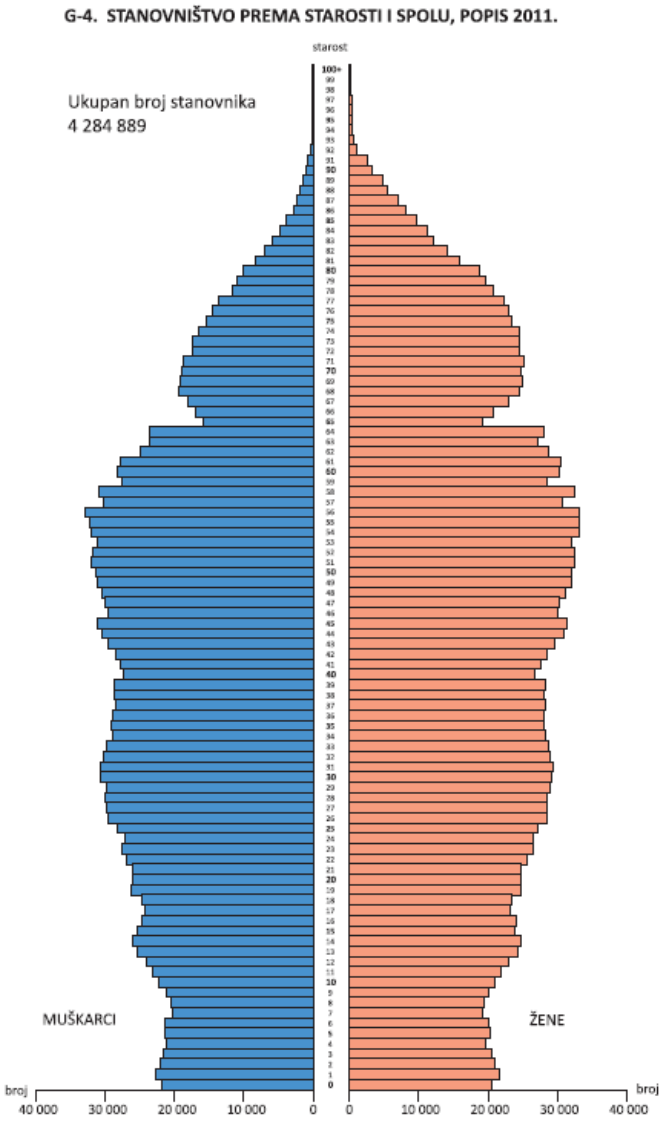
Psihološke teorije starenja naglašavaju kako je starenje izrazito složen fenomen, a tridesetih godina prošlog stoljeća se pojavljuju prve psihološke teorije starenja koje su znanstveno utemeljene. Erik Erikson izlaže teoriju cjeloživotnog razvoja (Berk, 2008) koji ljudski razvoj vidi kroz osam stadija, a svaki je obilježen izazovom i krizom. Erikson navodi kako osobe u starosti razmišljaju o ostvarenim ciljevima, a njegov integritet proizlazi iz osjećaja kako je vrijedilo proživjeti život kakav je bio. Osobe starije životne dobi s integritetom imati će manji strah od starosti i smrti, dok one osobe koje nisu dosegli svoj integritet (nezadovoljni svojim životom i neostvarenim ciljevima) neće prihvatiti starost, ni smrtnost (2).

1.3. Demografska obilježja osoba starije životne dobi

Udio osoba starije životne dobi je u porastu te je jedan od glavnih obilježja suvremenog demografskog kretanja u svim zemljama svijeta, posebice zbog niskog

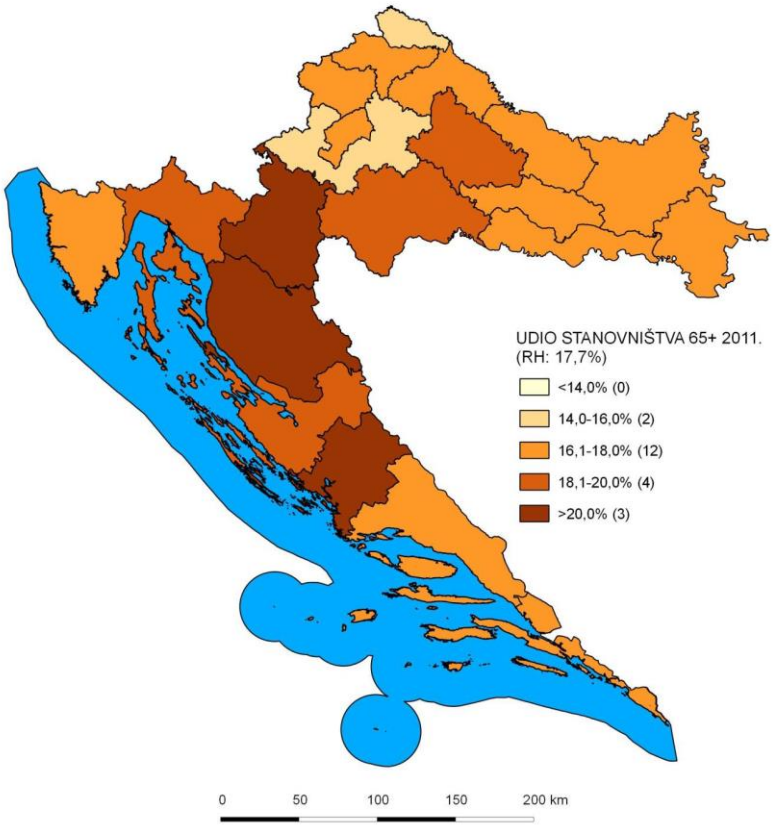
nataliteta i produženog životnog vijeka. Demografsko starenje se određuje pomoću klasifikacije Ujedinjenih naroda koje područje u kojem živi više od 10 % stanovnika starije dobi smatra područjem s vrlo starim stanovništvom. Ono se nikada ne poistovjećuje sa starenjem pojedinca. Naime, postoje značajne individualne razlike od osobe do osobe u procesu starenja, posebice u njihovoj funkcionalnoj sposobnosti. Funkcionalna sposobnost osoba starijih ljudi se utvrđuje prema samostalnosti u obavljanju osnovnih ljudskih potreba u svakodnevnom životu (5).

Demografsko starenje stanovništva koje se očituje u smanjenju mladih u odnosu na staro stanovništvo u populaciji izazivaju zabrinutost u svim zemljama svijeta, pa tako i u Hrvatskoj. Ova zabrinutost je najviše usmjerena na rast ekonomskih i socijalnih troškova koje će u sljedećem razdoblju potaknuti demografsko starenje stanovništva. U Hrvatskoj udio starijih kontinuirano raste, posebice udio osoba u dobi od 80 godina i više (2001. godine: 98.802 stanovnika; 2014. godine: 189.923 stanovnika) te ukoliko se javne politike ne prilagode novoj demografskoj strukturi doći će do velikih ekonomskih, zdravstvenih i socijalnih problema. Prema demografskim pokazateljima Hrvatska spada među 10-15 demografski najstarijih nacija na svijetu (6).



Slika 1: Stanovništvo prema starosti i spolu, 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.)



Slika 2: Udio stanovništva u dobi 65 i više godina, po županijama, Popis 2011. (6)

Demografski pokazatelji i prognoze prema projekciji kretanja stanovništva kažu kako će do 2050. godine Hrvatska imati 30% manje stanovnika nego danas, odnosno oko tri milijuna, a udio osoba starije životne dobi će iznositi 26,8 % (2001. godine je iznosio 15,62 %, a 2010. godine bio je 17,7 %), odnosno oko milijun stanovnika u dobi od 65 godina i više. U Splitsko-dalmatinskoj županiji demografski pokazatelji pokazuju slični

trend: 2001. godine udio osoba starije životne dobi je iznosio 14,29 %, a 2010. godine zabilježen je porast i iznosio je 15,96 % (5,7).

Zbog smanjenog nataliteta i produženog očekivanog trajanja života očekuje se daljnji porast stanovnika starije životne dobi. Kao i svugdje u svijetu, i u Hrvatskoj se bilježe isti demografski procesi, koji hrvatsko stanovništvo svrstavaju u skupinu vrlo starog stanovništva (prema zadnjem popisu stanovništva 2011. godine dob stanovnika od 65 godina i više je iznosila 17,70 %) što je u usporedbi s ostalim europskim zemljama svrstava u prvih deset zemalja s najvećim udjelom starijih od 65 godina (tablica 1) (8).

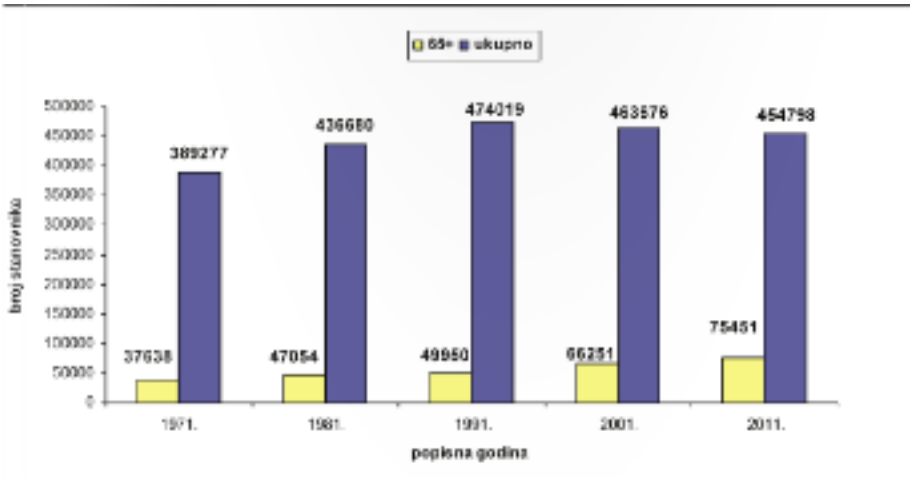
Tablica 1. Hrvatsko stanovništvo po dobnim skupinama prema popisima od 1953. do 2011. godine (3)

Tablica - *Table* **1. HRVATSKO STANOVNIŠTVO PO DOBNIM SKUPINAMA PREMA POPISIMA OD 1953. DO 2011. GODINE** - *Croatia's population by age groups by population censuses from 1953 to 2011*

Godina popisa *Census (year)*	**stanovnika** *no. of population*	**0-14** *0-14*	**15-64** *15-64*	**65 i više i nepoznato** *65 and above + unknown*
1953.	3,936.022	27,0%	66,0%	7,0%
1961.	4,159.696	27,2%	65,3%	7,5%
1971.	4,426.221	22,6%	67,2%	10,2%
1981.	4,601.469	20,9%	66,9%	12,2%
1991.	4,784.265	19,4%	67,5%	13,1%
2001.	4,437.460	17,1%	67,2%	15,7%
2011.	4,284.889	15,2%	67,1%	17,7%

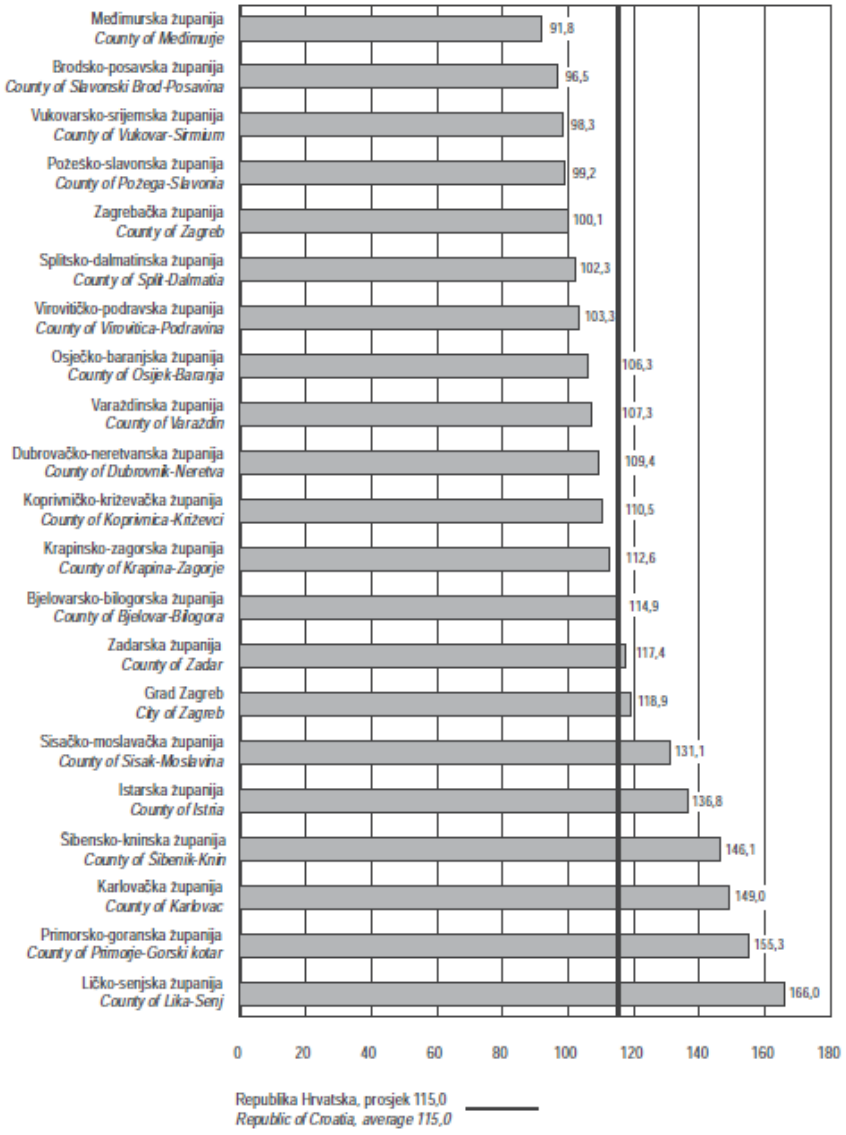
Izvori podataka: Statistički ljetopis Državnog zavoda za statistiku, Zagreb 1994. Popisi stanovništva 2001. i 2011., Državni zavod za statistiku, Zagreb 2012.
Source of information: *Croatian Statistical Yearbook, Central Bureau of Statistics, Zagreb 1994. Populations census 2001 and 2011, Central Bureau of Statistics, Zagreb 2012*

Prema popisu stanovništva iz 2011. godine Splitsko-dalmatinska županija zauzima treće mjesto među hrvatskim županijama po udjelu stanovnika u dobi od 65 i više godina (od ukupnog broja stanovnika od 454.798, njih 75.451 je stanovnika sa 65 godina i više, odnosno 16,59 %) (slika 3). No, prema rezultatima popisa od 1971. do 2011. godine indeks starenja se povećao s 41,2 na 102,3 što iznosi više od 40 % i pokazatelj je kako je područje Splitsko-dalmatinske županije zahvatio proces starenja (slika 4) (8).



Slika 3. Broj stanovnika u dobi 65+ i ukupan broj stanovnika Splitsko-dalmatinske županije; Popisi 1971-2011. (7)

Indeks starenja je važan analitički pokazatelj procesa starenja kojeg definiramo kao udio dobne skupine 60 i više godina prema dobnoj skupini od 0–19 godina, gdje je njegova kritična vrijednost 40,0 kada se smatra da je otpočelo starenje. U Hrvatskoj je udio stanovništva poviše 60 godina u porastu (115 %) te se tako približio udjelu koje staro stanovništvo ima u razvijenim zemljama (tablica 2). Koeficijent starosti (udio osoba dobne skupine 60 i više godina u ukupnom stanovništvu) također pokazuje porast koji se od 1953. godine udvostručio (1953. godine: 10,3 %; 2011. godine: 24,1 %). Kada znamo da se prelazak od 12 % smatra kako stanovništvo određenog područja ulazi u proces starenja, onda je to veliki pokazatelj kako Hrvatska demografski stari. S povećanjem udjela starog stanovništva u ukupnom stanovništvu Splitsko-dalmatinske županije smanjuje se i udio mladog stanovništva (9,10).



Slika 4. Indeks starenja po županijama, 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.)

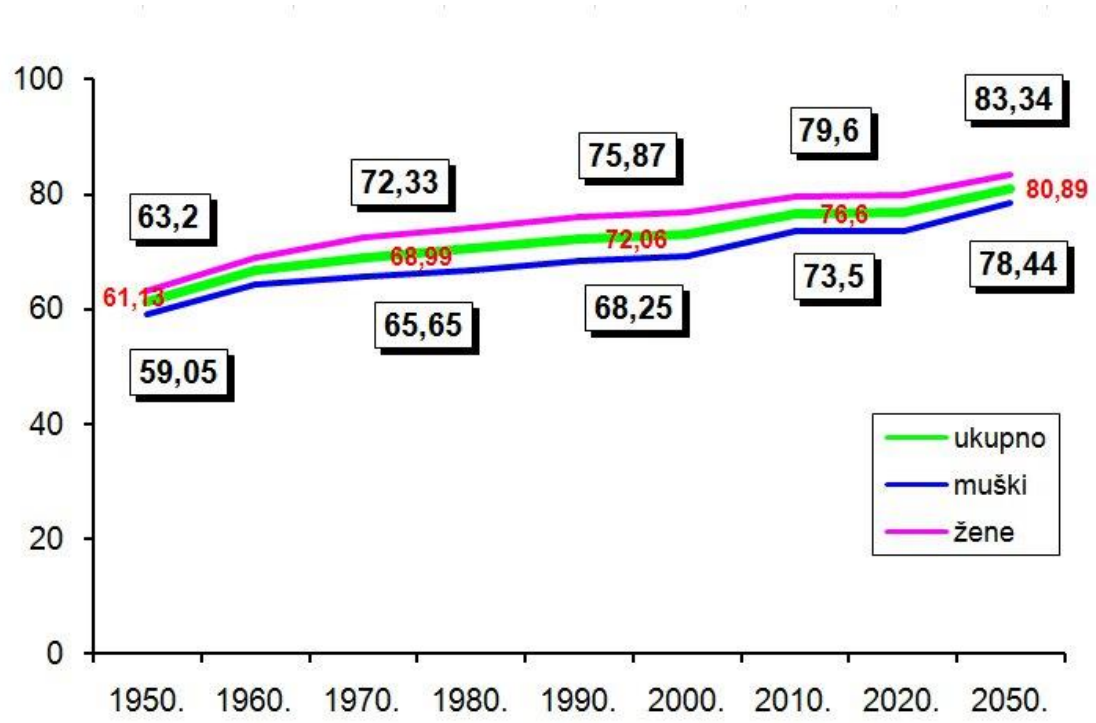
Tablica 2. Indeks starenja i koeficijent starosti, popisi 1953.-2011. (%)

(Izvor: http://www.matica.hr/media/uploads/vijenac/554/0000000999a.jpg)

	Indeks starenja			Koeficijent starosti		
	ukupno	muškarci	**žene**	ukupno	muškarci	**žene**
1953.	27,9	22,2	33,8	10,3	8,8	11,6
1961.	34,3	27,7	41,1	11,8	10,1	13,3
1971.	47,2	38,5	56,2	15,0	12,9	16,9
1981.	52,6	40,4	65,3	15,0	12,1	17,6
1991.	66,7	50,8	83,3	17,7	14,3	21,0
2001.	90,7	71,6	110,8	21,6	18,1	24,9
2011.	115,0	92,3	139,0	24,1	20,5	27,4

Usporedno sa starenjem stanovništva mijenja se i struktura pobola te zdravstvenih potreba i zahtjeva populacije od 65 godina i više. Iako se do nedavno smatralo kako su pojedine bolesti neizbježne u starijoj dobi, znanstvena istraživanja su potvrdila kako starost i bolest nisu nužno povezane, već se povezuju s dotadašnjim stilom života (9).

Prosječna dob stanovnika u Europskoj uniji iznosi 39,8 godina, a prema projekciji za 2060. godinu prosječna dob stanovnika Europske unije će iznositi 47,2 godine. U Hrvatskoj očekivano trajanje života se, tijekom prethodnih pola stoljeća, povećalo za otprilike 15 godina (1950. godine je iznosilo 61 godinu, a 2010. godine je iznosilo 76,6 godina s postojećim spolnim razlikama: za muškarce 73,5 godina i za žene 79,6 godina). Projekcija dužine očekivanog trajanja života za 2050. godinu u Hrvatskoj iznosi 81 godinu (78,4 godine za muškarce i 83,3 godine za žene) (slika 5) (11).



Slika 5. Očekivano trajanje života pri rođenju u Hrvatskoj, prema spolu, od 1950. do 2050. (11)

1.4. Sociodemografski aspekti starenja

Proces demografskog starenja stanovništva nalaže čitav niz pitanja i istraživačkih problema o posljedicama starenja za neko društvo. Osim očekivanih problema na ekonomskom polju, doći će do povećane potražnje za zdravstvenom i socijalnom skrbi te medicinskim uslugama. Neupitno će doći i do promjene socijalne slike starenja u kojoj se nameću problemi samačkih staračkih kućanstva, kao i siromaštva i društvene marginalizacije osoba starije životne dobi (12).

Barkan (2012) smatra kako u drugoj polovici dvadesetog stoljeća postoje tri dominantna sociološka pristupa starenju:

- teorija smanjene aktivnosti (*disengagement theory*)

- teorija aktivnog starenja (*activity theory*)
- konfliktna teorija (*conflict theory*)

Teorija smanjene aktivnosti polazi od teze kako društvo mora poticati starije osobe da se odvoje od svojih prethodnih uloga i zauzmu uloge primjerenije svojem fizičkom i psihičkom stanju ako želimo mladim osobama omogućiti preuzimanje važnih društvenih uloga (Cumming i Henry, 1961). Barkan smatra kako na ovaj način društvo osigurava sedetarni stil života za osobe starije životne dobi i osigurava mlađim osobama da preuzmu njihove društvene aktivnosti. S obzirom kako je 2014. godine u Saboru RH izglasan novi Zakon o radu po preporuci Direktive Europske unije koji produžava radni vijek kasnijim odlaskom u mirovinu, pretpostavljamo kako ova teorija dugoročno neće biti polazište vladine politike. Problem ove teorije je i taj da osobe starije životne dobi sebi ne mogu priuštiti smanjenje dosadašnjih aktivnosti, jer ako napuste svoja radna mjesta, prihodi će im osjetno pasti, a time će im se smanjiti i društvena interakcija (Hochschild, 1975) (12).

Teorija aktivnog starenja polazi od teze kako će starije osobe biti korisnije sebi i svom društvu ako i dalje ostanu društveno aktivni, a za njihovu sposobnost da ostanu aktivni ključno je njihovo pozitivno iskustvo i stav prema starenju. Ova teorija se često smatra socijalno-interakcionističkim pristupom društvenog starenja (Barkan, 2012). Aktivno starenje ima za cilj očuvati razinu kvalitete života tijekom starenja te označava osim očuvanja dobrog zdravlja i aktivno sudjelovanje u društvenim aktivnostima, veću neovisnost u svakodnevnom životu. Kritika ovoj teoriji usmjerena je na preoptimističnu procjenu sposobnosti osoba starije životne dobi u održavanju razine svojih aktivnosti, jer većina starijih osoba zbog zdravstvenih razloga ne mogu ostati aktivni, dok manji broj njih može (12,13).

Konfliktna teorija ističe kako iskustvo dobne diskriminacije i predrasuda prema starenju i starijima predstavlja strukturnu zapreku koja onemogućuje osobama starije životne dobi ostvarenje njihovih potencijala te postizanje najboljeg fizičkog i psihičkog zdravlja (Hooyman i Kiyak, 2011). Prema ovom pristupu, osobe starije životne dobi koje su još u radnom odnosu, manje se cijene, jer više nisu toliko ekonomski produktivni kao mlade osobe (12).

„U društvu u kojem je postotak starih ljudi pretjerano velik, očigledno je teško postići zadovoljavajući i uravnotežen socijalni život. Štoviše, može se smatrati da starenje ima reperkusije na mentalitet, na nivou optimizma i duh poduzetništva stanovništva“(14)

Osobama starije životne dobi će biti sve teže naći nekog tko će im pomoći, a posebice se to tiče emocionalne potpore te praktične pomoći u kućanstvima i pri pružanju različitih oblika njege. Vrlo je vjerojatno kako će budući prosječni hrvatski umirovljenik, koji nema nekog od obitelji ili prijatelja koji mu može pomoći u ispunjavanju osnovnih ljudskih potreba, živjeti osamljeno, s rijetkim obiteljskim kontaktima ili bez njih, što će dovesti do društvene izolacije. To se posebice odnosi na osobe starije životne dobi koje žive u ruralnim područjima gdje je prisutna raspršenost i udaljenost ili slabija povezanost unutar naselja ili između obližnjih naselja (karakteristična obilježja za hrvatske otoke, Liku i Gorski kotar).

Osobe starije životne dobi očekuju potporu od članova neposredne obitelji (bračni partneri, odrasla djeca i unuci, a zatim članovi obitelji – sestre i braća, nećaci te naposljetku prijatelji i susjedi) i to najčešće u pružanju emocionalne potpore, potpore putem pružanja informacija te praktične potpore (pomoć u kućanstvu, njega i materijalna skrb). Danski nacionalni institut (Rostgaard i Fridberg, 1998) je proveo istraživanje socijalne politike i prakse u zapadnoeuropskim zemljama koje je pokazalo kako se mijenjaju pristupi u načinu pružanja usluga starijim osobama. Oni predlažu pružanje usluga usmjeravanjem prema pojedinačnim potrebama korisnika. Osoba starije životne dobi bi od pasivnog primatelja usluga trebala postati aktivan potrošač, a to zahtijeva financijsku potporu (14,15).

1.5. Međunarodni dan starijih osoba – 1. listopad

Glavna Skupština Ujedinjenih naroda je, želeći ukazati na starenje svjetskog stanovništva kao značajnog demografskog fenomena, 01. listopada odredila kao Međunarodni dan starijih osoba. Prvi put je obilježen 1991. godine, i od tada se obilježava

svake godine u cijelom svijetu, a 2012. godina je bila proglašena Europskom godinom aktivnog starenja i međugeneracijske solidarnosti.

Načela Ujedinjenih naroda o skrbi za starije ljude imaju cilj jačati svijest o doprinosu starijih osoba društvu i načinima na koji se taj doprinos može poduprijeti. Načela osobama starije životne dobi trebaju omogućiti: neovisnost, društveno sudjelovanje, skrb, samoispunjenje i dostojanstvo (11).

Obilježavanje međunarodnog dana starijih osoba ima za cilj osobama starije životne dobi smanjiti osjećaj marginaliziranja, izoliranosti i zaboravljanja te potaknuti donošenje mjera protiv njihovog zanemarivanja, zapostavljanja i siromaštva.

1.6. Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine

Vlada Republike Hrvatske je na svojoj sjednici 23. kolovoza 2007. godine donijela Zaključak o prihvaćanju Programa razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine. Cilj ovog programa je upozoriti na problem starenja koji će s vremenom postajati sve veći i imati posljedice u različitim područjima društvenog razvoja. Time se dala važnost prepoznavanju starijih osoba kao skupine koja je izložena visokom riziku od siromaštva i socijalne isključenosti.

Starenje stanovništva djeluje na sveukupni gospodarski razvoj te je potrebno uspostaviti ravnotežu između prava starijeg stanovništva na dostojanstvenu starost i trajnu društvenu isključenost naspram prava mlađih generacija na rast i razvoj. Osim demografskih promjena, u budućnosti se očekuju i promjene obilježja starijeg stanovništva. Očekuje se kako će nove generacije starijih ljudi biti zdravije, obrazovanije te time i zahtjevnije u različitim oblicima skrbi (16).

1.6.1. Međugeneracijska solidarnost i razvoj usluga za starije osobe

Vlada Republike Hrvatske je 2003. godine osnovala ministarstvo nadležnog za obitelj, branitelje i međugeneracijsku solidarnost i time potvrdila svoje opredjeljenje o posebnoj skrbi za starije osobe te naglašavanje intencije uzajamne povezanosti mlađih i starijih generacija. Zadatak ovog ministarstva je poticanje projekata koje u sebi imaju cilj poboljšati kvalitetu života osoba starije životne dobi, predlaganje mjera za poticanje obitelji za zadržavanje starijih i nemoćnih članova u krugu obitelji, razvijanje uslužnih djelatnosti za starije osobe i izvaninstitucionalne oblike skrbi o starijim osobama.

Obilježja tradicionalnog načina življenja kao što je obiteljska solidarnost i briga o starijim članovima obitelji sve je manje prisutna. Razlog tome je transformacija obitelji, izmijenjena uloga žene, promjene radnog vremena, migracije mlađih generacija iz sela u gradove gdje članovi obitelji sve teže skrbe o svojim starijim članovima. Zbog toga je nužno razviti izvaninstitucionalnu skrb kojima bi se postigli bolji dugoročni učinci poticanjem aktivnosti samih korisnika i njihovih obitelji. Ovakva vrsta skrbi, osim što je financijski isplativija, dovodi do humanosti, omogućava dulji i kvalitetniji boravak u vlastitom domu te osobi starije životne dobi daje mogućnost izbora o načinu i sredini življenja (16).

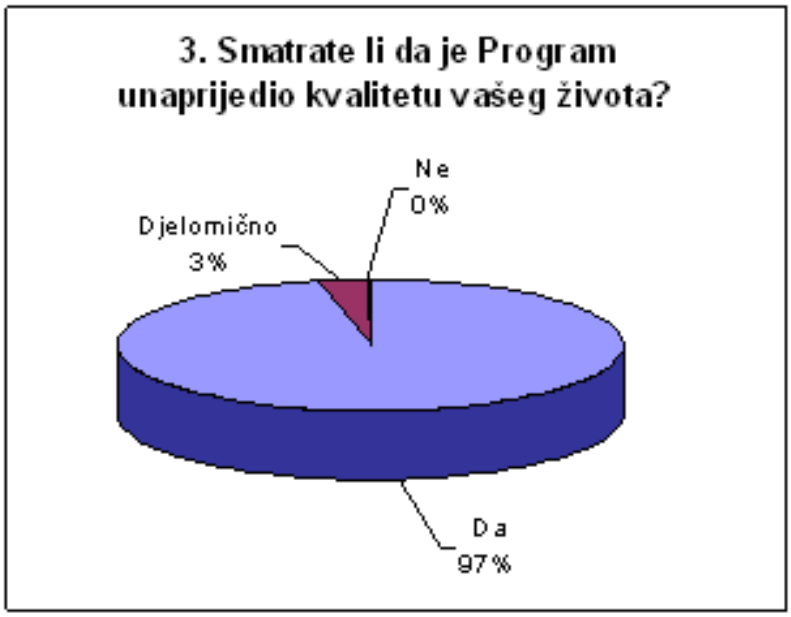
1.6.2. Pilot programi međugeneracijske solidarnosti – dosadašnja iskustva

Pilot programi koji su se provodili u razdoblju od 2004. do 2007. godine su predstavljali izvaninstitucionalni model skrbi kojim se osiguravalo pružanje usluga osobama starije životne dobi neposredno u njihovim domovima ili u prostorijama „dnevnih boravaka“ u kojima osobe starije životne dobi borave dio dana. Usluge iz pilot programa su bile usmjerene na nekoliko glavnih područja: organizacija prehrane, pomoć u obavljanju kućnih poslova, pomoć u održavanju osobne higijene i osnovna zdravstvena skrb, razgovori i druženje u cilju prevladavanja usamljenosti i socijalne izoliranosti, usluge posredovanja između starije osobe i institucija društva vezano uz ostvarivanje različitih prava te organizirane aktivnosti slobodnog vremena kao zasebne usluge u „dnevnim boravcima za starije osobe“. Korisnici pilot programa su bile osobe starije od 65 godina i to prvenstveno osobe koje žive u samačkim staračkim domaćinstvima te su

istovremeno narušenog zdravstvenog i/ili niskog socio-ekonomskog statusa, a potrebna im je pomoć u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti.

Medicinske sestre su pružale osnovnu zdravstvenu skrb, a u slučaju potrebe za opsežnijom zdravstvenom njegom kontaktirale su nadležne liječnike i medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti.

Evaluacija ovih pilot programa pokazala je kako ih korisnici smatraju izuzetno korisnima, kako za lokalnu sredinu u kojoj žive, tako i za njih same, prvenstveno u smislu podizanja kvalitete života (16).



Slika 6. Unaprjeđenje kvalitete života nakon provedbe pilot programa (16)

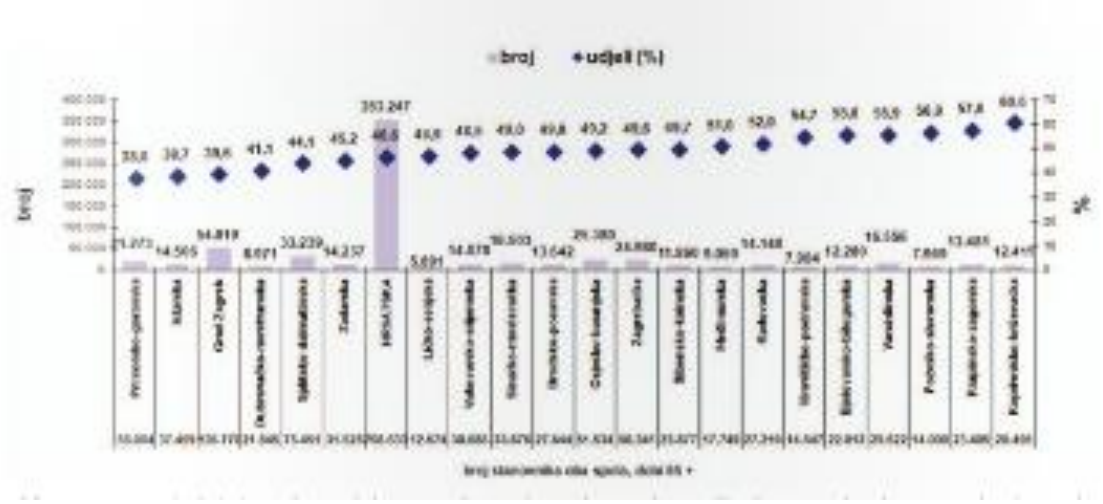
S obzirom na pozitivno iskazane rezultate provedbe pilot programa odlučeno je kako će se nastaviti provedba postojećih i pokrenuti novi programi međugeneracijske solidarnosti s ciljem širenja mreže usluga za osobe starije životne dobi na području čitave Republike Hrvatske (16).

1.7. Zdravstveno stanje osoba starije životne dobi na području Splitsko-dalmatinske županije

Socijalna i zdravstvena obilježja osoba starije životne dobi nekog pojedinog područja značajno utječu na zdravstveno stanje svakog pojedinca, a time i na zdravstvenu njegu. Sociodemografski pokazatelji ukazuju na raznolikost zdravstvenih potreba u zdravstvenoj njezi osoba starije životne dobi, a područje Splitsko-dalmatinske županije je zanimljivo s više strana. Splitsko-dalmatinska županija je prostorno najveća županija u Republici Hrvatskoj (8 % kopnene i 30,8 % morske površine) s tri geografske podcjeline: zaobalje koje je rijetko nastanjeno i ekonomski siromašno, priobalje koje je urbanizirano i ekonomski razvijenije i otoci koji su slabo nastanjeni, a ekonomski su nešto razvijeniji od zaobalja. Zbog mediteranske klime, pitke vode, plodnog tla ljudi su se već od davnina počeli naseljavati na ovo područje (17). Sve to utječe na raznolikost uvjeta življenja stanovnika na ovom području, a time i na njihove potrebe.

Osnova gospodarskog razvoja razvijenih država svijeta se zasniva na planiranju, praćenju, proučavanju i evaluaciji zdravstvenih potreba osoba starije životne dobi, odnosno zdravstvene i socijalne skrbi osoba sa 65 i više godina. Razvijene države podupiru produljenje radnog vijeka i dobni pomak za odlazak u mirovinu osoba starije životne dobi (18).

Ukupna slika zdravlja stanovnika starije životne dobi u Splitsko-dalmatinskoj županiji je povoljnija od većine ostalih županija u Hrvatskoj. Uspješnost zdravstvene skrbi osoba starije životne dobi se procjenjuje njihovom sposobnosti za samostalno obavljanje osnovnih ljudskih potreba, a ne samo odsustvom bolesti i smrti u pojedinoj dobi. Splitsko-dalmatinska županija prema rezultatima popisa 2011. godine ima značajno povoljan udio osoba starije životne dobi s poteškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti od hrvatskog prosjeka (slika) (7).



Slika 7. Broj i udjeli (%) osoba u dobi 65 i više godina oba spola s teškoćama u obavljanju svakodnevnih radnji po županijama Republike Hrvatske prema Popisu 2011.godine (7)

Prema izvješćima iz primarne zdravstvene zaštite 2013. godine najčešće skupine utvrđenih bolesti i stanja kod osoba starije životne dobi po MKB-10 klasifikaciji su (3):

- Bolesti cirkulacijskog sustava (20,8%)
- Bolesti mišićno-koštanog sustava i vezivnog tkiva (12,4%)
- Bolesti dišnog sustava (7,9%)
- Endokrine bolesti, bolesti prehrane i bolesti metabolizma (7,7%).

Prema izvješćima hrvatskih bolnica u 2013. godini udio hospitaliziranih osoba starije životne dobi je iznosio 36, 9% što je povećanje u odnosu na 2012. godinu kada je taj udio iznosio 35,9%. Prosječna duljina liječenja 2013. godine po jednom boravku u bolnici iznosila je 10,9 dana, dok je u 2012. godini iznosila 11,2 dana.

Prema izvješćima Državnog zavoda za statistiku stopa smrtnosti osoba starije životne dobi za 2013. godinu iznosila je 52,2/1.000, što je smanjenje u odnosu na 2012. godinu kada je iznosila 54,8/1.000 (3).

Vodeći uzroci hospitalizacija i smrti osoba starije životne dobi su bolesti sustava za cirkulaciju. Kao razlog tome navodi se potrošenost krvnožilnog sustava kao posljedica starosti, ali i nezdravi stilovi života u ranijoj dobi.

Uspješnost zdravstvene zaštite se, osim smanjenja pobola i sprječavanja nastanka invaliditeta, procjenjuje i smanjenjem ili odgodom smrtnosti za što stariju životnu dob. Sve razvijene zemlje imaju sve veći udio umrlih u starijoj životnoj dobi (7).

2. CILJ RADA

Glavni cilj ovog istraživanja je:

Ispitati zdravstvene i socijalne pokazatelje kod osoba starije životne dobi na području Splitsko-dalmatinske županije.

Specifični ciljevi ovog istraživanja su:

Utvrditi koji zdravstveni i socijalni pokazatelji utječu na razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi na području Splitsko-dalmatinske županije i usporediti s rezultatima prve primjene anketnog upitnika te izraditi smjernice za daljnji razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi.

Hipoteza:

Očekuje se da će osobe starije životne dobi danas imati veće (jasnije) zahtjeve za zdravstvenom njegom u odnosu na osobe starije životne dobi od prije petnaest godina.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. Podatci o trajanju i mjestima provođenja istraživanja

Provedeno je istraživanje na osnovu prikupljenih podataka dobivenih jednokratnim anketiranjem u studenom 2012. godine, koje je provedeno u sklopu izvođenja nastave predmeta „Medicinska sociologija“ ak.god. 2012/2013. Sveučilišnog preddiplomskog studija prve godine Sveučilišnog Odjela zdravstvenih studija. Studenti su prije provođenja anketiranja educirani o načinu prikupljanja podataka i ispunjavanja anketa. Anketiranje je provodilo 100 studenta po 10 anketa na području Splitsko-dalmatinske županije.

3.2. Povjerljivost i uvid u dokumentaciju

Anketu su ispunjavali studenti sveučilišnog preddiplomskog studija prve godine Sveučilišnog Odjela zdravstvenih studija. Prikupljenim podatcima pristup imaju samo voditelj predmeta prof.dr.sc. Mladen Smoljanović (asistentica Ana Stipčić, mag.soc.) na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija, mentor doc.dr.sc. Vesna Antičević i studentica Rahela Orlandini koji podliježu zakonu o čuvanju profesionalne tajne Etičkog kodeksa odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju, na osnovi članka 112., stavka 1. Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju.

3.3. Osnovni podaci o ispitanicima

Uključeno je 1000 ispitanika životne dobi od 65 godina i više. Ispitanici su dali svoju usmenu suglasnost na provođenje ankete, a obrađeno je 784 ankete (216 anketa nisu bile u potpunosti ispunjene).

3.4. Metode

Provedeno je istraživanje pomoću strukturiranog intervjua uz korištenje anketnog upitnika kojeg je izradila radna skupina Zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije 1997.godine. Anketni upitnik je korišten u Istraživanju Socijalno-medicinske značajke stanovništva starije dobi grada Splita provedeno tijekom mjeseca rujna i listopada 1997. godine (M.Erceg i sur. Socijalno-medicinske značajke stanovništva starije dobi grada Splita. Split: Zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske; 1998.).

Anketni upitnik se sastoji od 87 pitanja raspoređenih u 4 skupine:

1. Demografski – obiteljski upitnik
2. Navike i aktivnosti
3. Subjektivna ocjena zdravlja
4. Korištenje zdravstvene službe

Za potrebe izrade ovog diplomskog rada dobiveno je dopuštenje autora za korištenjem anketnog upitnika.

3.5. Analiza

- Deskriptivna statistika

3.6. Moguće koristi i rizici od istraživanja

Ispitanici će u ovom istraživanju imati sljedeće moguće koristi:

Unaprjeđenje kvalitete pružanja zdravstvene njege kod osoba starije životne dobi te izrada smjernica za daljnji razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi.

Rizici za ispitanike:

U ovom istraživanju ne postoje rizici za ispitanike.

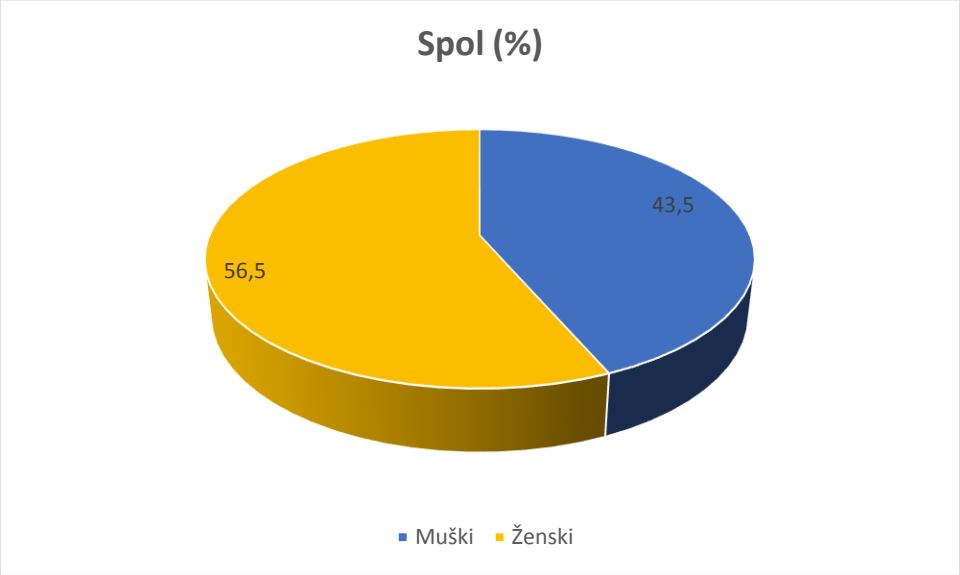
Izjavljujem da se naše istraživanje na ispitanicima – dobrovoljcima obavilo u skladu sa svim primjenljivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje i sigurnost osoba koje sudjeluju u ovom znanstvenom istraživanju, uključujući Kodeks medicinske etike i deontologije (NN 55/08), Helsinšku deklaraciju, Pravilnik o dobroj kliničkoj praksi (NN 127/10), Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11 i 84/11), Zakon o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04, 37/08), Etički kodeks odbora za etiku u znanosti i visokom obrazovanju i Zakon o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju (NN 123/03., 198/03., 105/04. i 174/04.). Obavezujem se da će identitet ispitanika uvijek ostati anoniman.

Odobrenje Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija, Sveučilišta u Splitu (Kl: 053-01/15-01/00014; Ur.br: 2181-228-06-15-0002) od 3.lipnja 2015.

4. REZULTATI

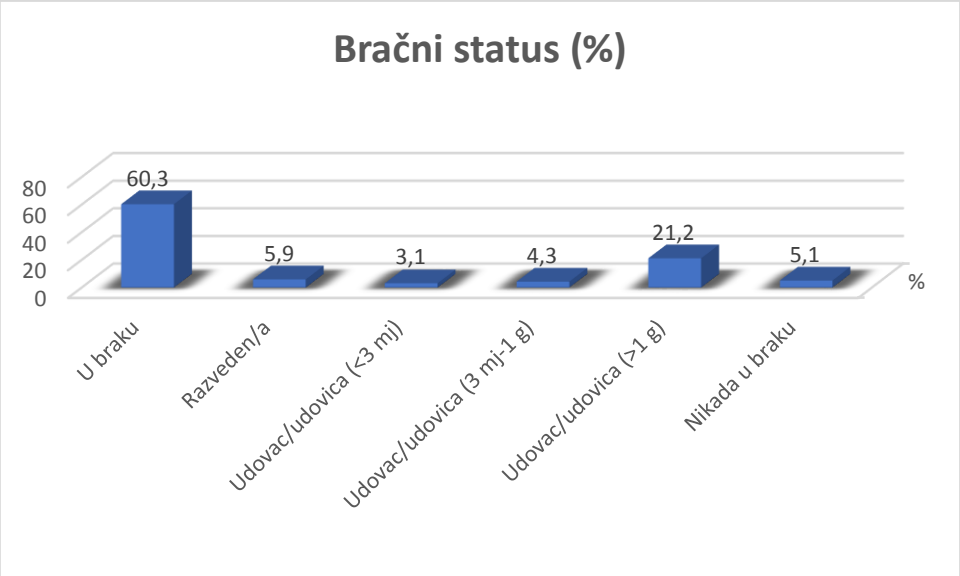
4.1. Sociodemografske karakteristike ispitanika

U istraživanju je sudjelovalo 784 ispitanika starije životne dobi (65 godina i više) od kojih je 341 (43,5 %) bio muškog, a 443 (56,5 %) ženskog spola (slika 8).



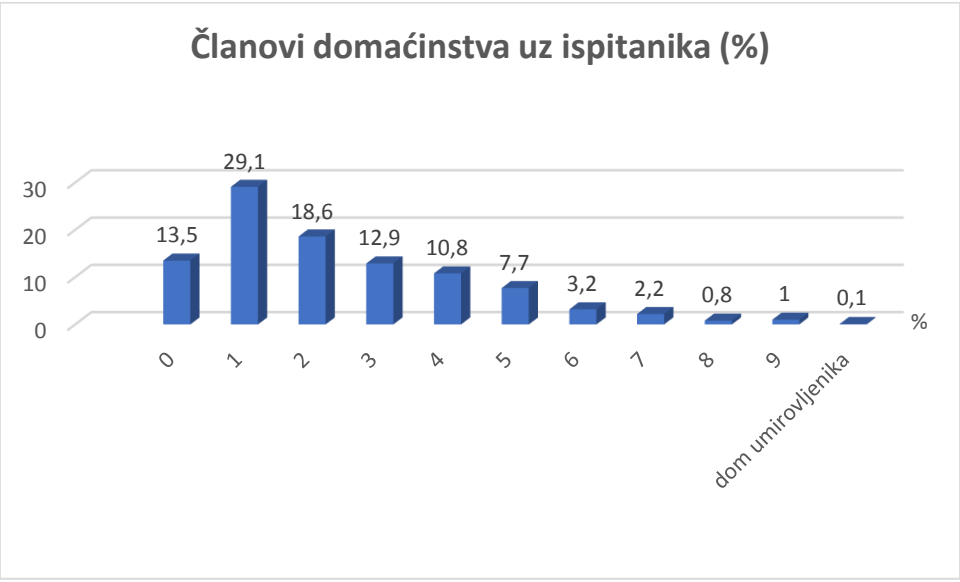
Slika 8. Udio muškaraca i žena u istraživanju

Prema rezultatima istraživanja većina ispitanika je u braku (60,3 %), naspram udovaca/udovica (28,6 % - od kojih su 3,1 % bez bračnog partnera ostali prije manje od 3 mjeseca, 4,3 % je onih koji su udovci/udovice od 3 mjeseca do 1 godine i 21,2 % udovaca/udovica preko 1 godine), razvedenih (5,9 %) i onih koji nikada nisu bili u braku (5,1 %) (slika 9).



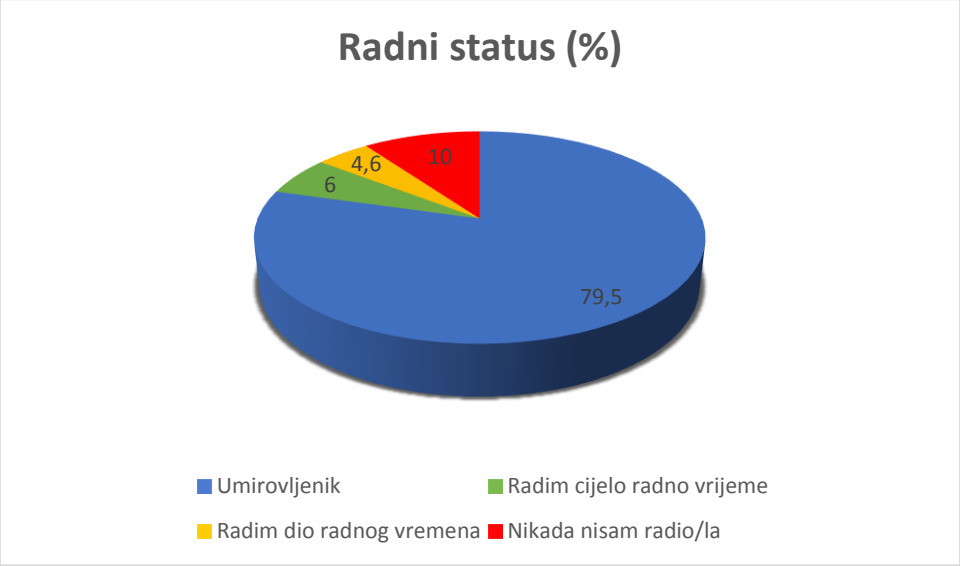
Slika 9. Bračni status ispitanika

U domaćinstvima, osim ispitanika, najviše njih živi s 1 osobom (29,1 %), a najmanje ima onih koji žive u domu umirovljenika (0,1 %), dok je popriličan udio osoba koje žive u samačkim domaćinstvima (13,5 %) (slika 10).



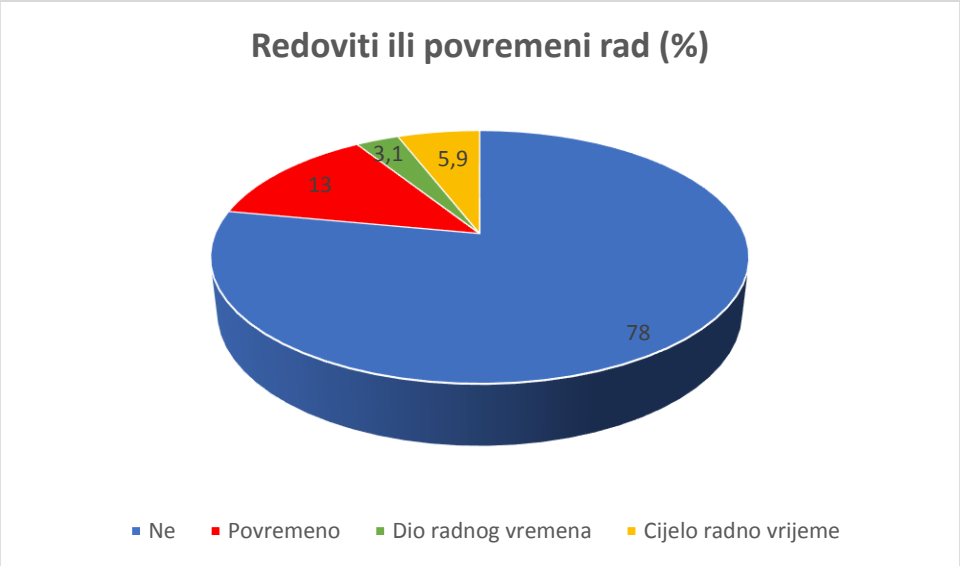
Slika 10. Broj članova domaćinstava uz ispitanika

Ispitanici većim udjelom navode kako su umirovljenici (79,5 %), ali ima onih koji još uvijek rade cijelo radno vrijeme (6 %) i dio radnog vremena (4,6 %) te onih koji nikada nisu radili (10 %) (slika 11).



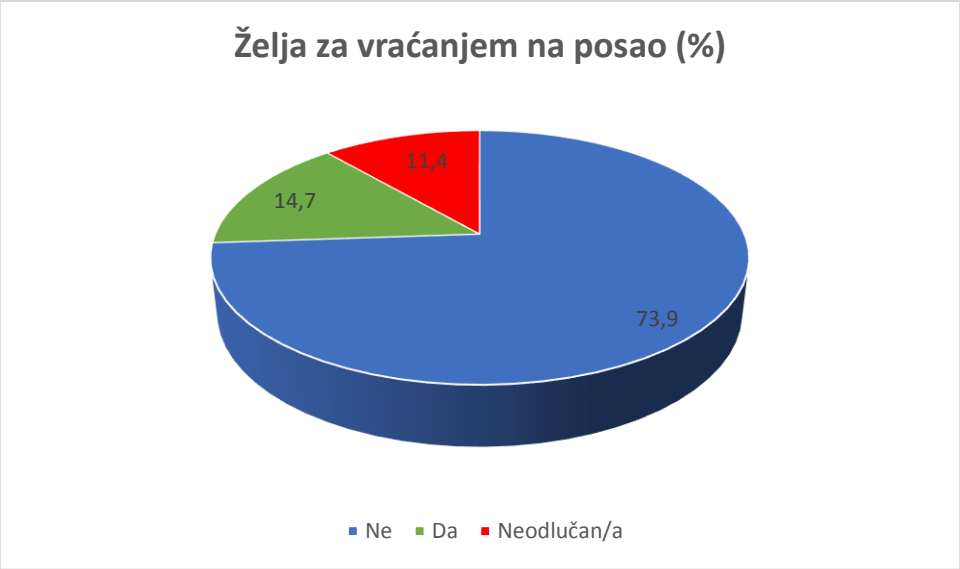
Slika 11. Radni status ispitanika

Ispitanici koji još uvijek redovito rade cijelo radno vrijeme (5,9 %), dio radnog vremena (3,1 %) i povremeno (13 %) su sveukupno u manjini u odnosu na ispitanike koji više ne rade (78 %) (slika 12).



Slika 12. Redoviti ili povremeni rad ispitanika

Udio ispitanika koji se žele vratiti na posao je manji (14,7 %) od onih koji to ne žele (73,9 %) (slika 13).



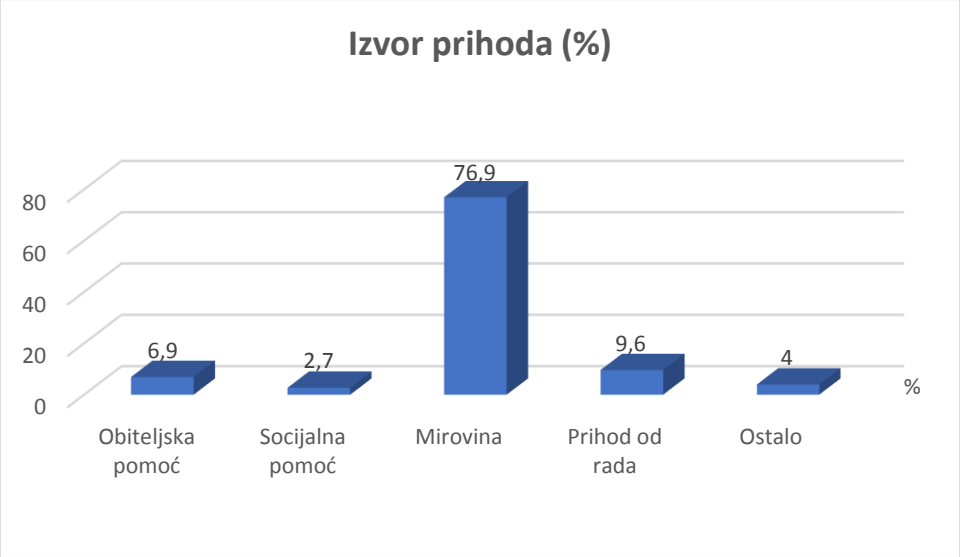
Slika 13. Želja ispitanika za vraćanjem na posao

Raspodjela istraživanog stanovništva u dobi od 65 godina i više prema završenoj školi, odnosno razini obrazovanja, pokazuje najveći udio onih koji su završili srednjoškolsko obrazovanje (35,3 %), a najmanje je onih koji imaju magisterij ili doktorat (0,9 %), dok još uvijek ima onih koji uopće nisu završili nikakvu školu (2,2 %) (slika 14).



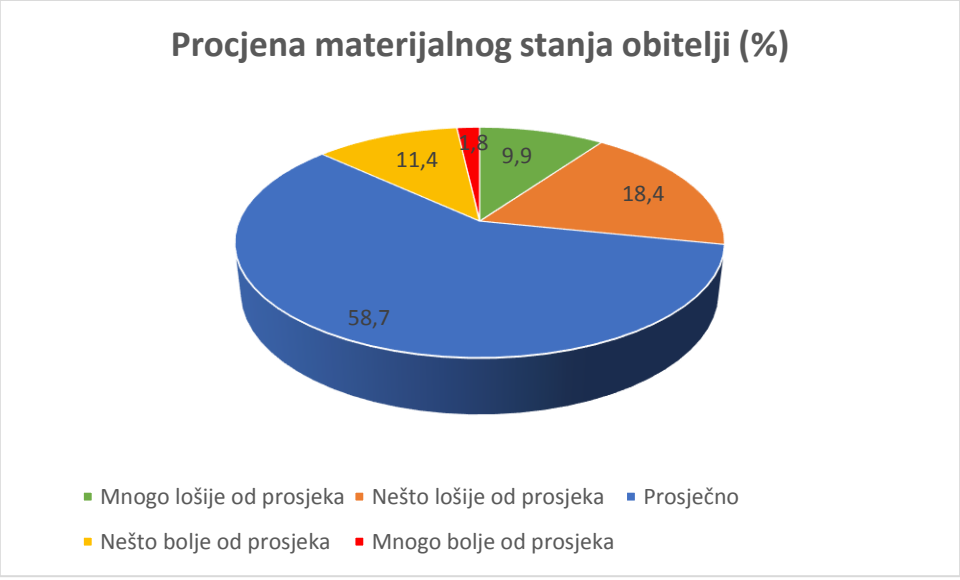
Slika 14. Razina obrazovanja ispitanika

Većina ispitanika živi od svoje mirovine (76,9 %), dok je manji udio onih kojima je najveći izvor prihoda posao (9,6 %) i obiteljska pomoć (6,9 %), a najmanji je udio onih koji primaju socijalnu pomoć (2,7 %) (slika 15).



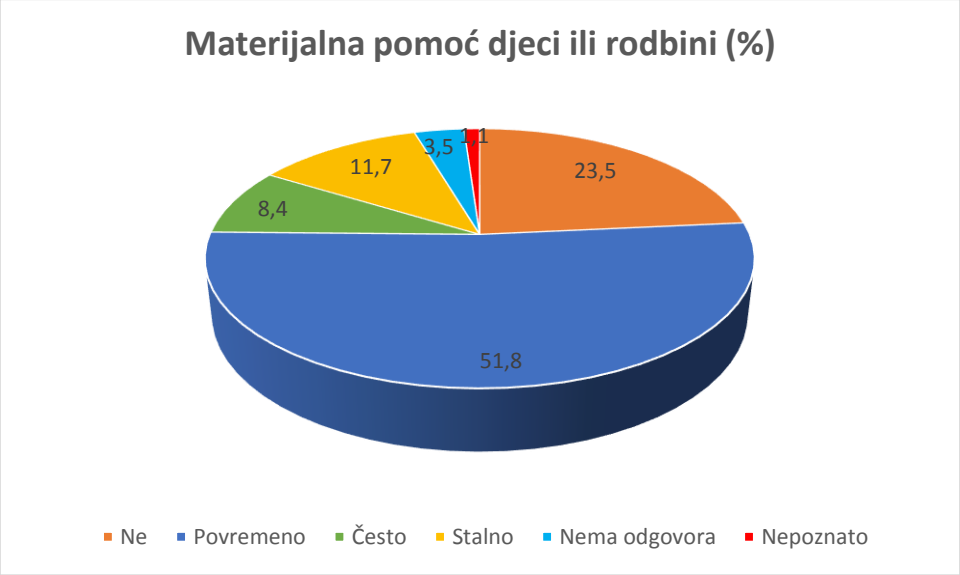
Slika 15. Najveći izvor prihoda ispitanika

Ispitanici su najvećim udjelom procijenili materijalno stanje svojih obitelji prosječnim (58,7 %), dok je najmanje bilo onih koji su ga procijenili mnogo boljim od prosjeka (1,8 %) (slika 16).

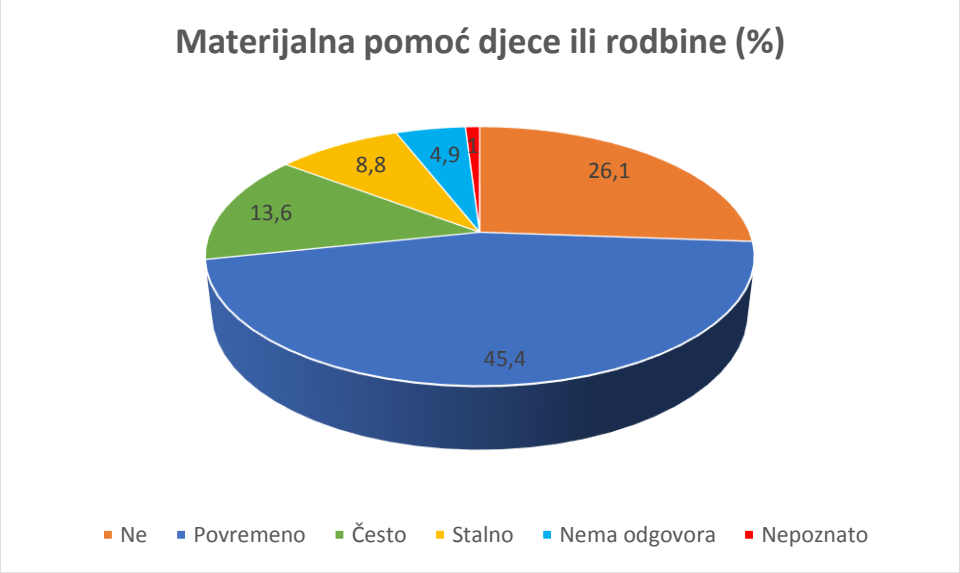


Slika 16. Procjena materijalnog stanja obitelji ispitanika

Veći dio ispitanika povremeno pruža materijalnu pomoć djeci ili rodbini (51,8 %), dok isto takvu pomoć povremeno dobivaju (45,4 %) od svoje djece ili rodbine (slika 17 i 18).



Slika 17. Pružanje materijalne pomoći djeci ili rodbini



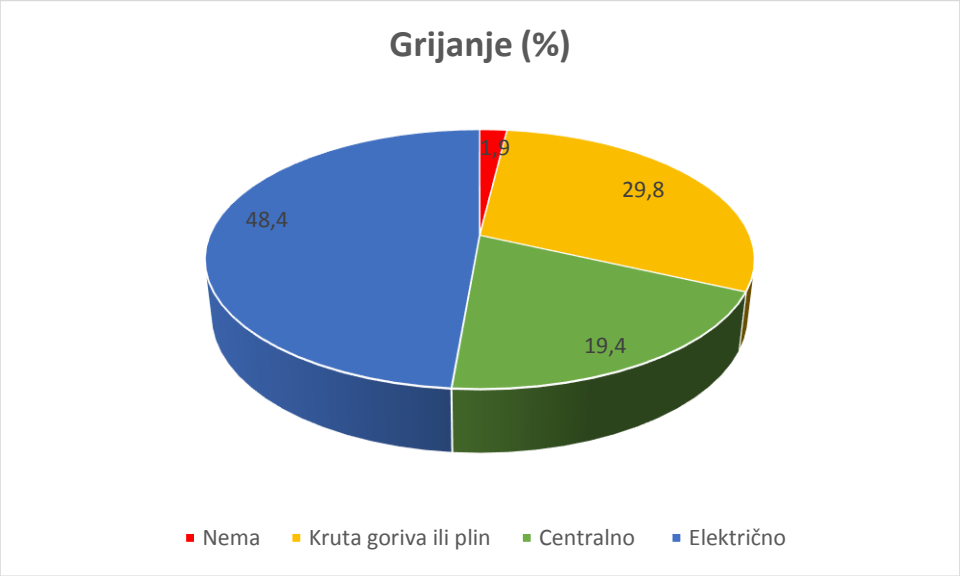
Slika 18. Pružanje materijalne pomoći ispitanicima sa strane djece ili rodbine

Razmatrajući uvjete stanovanja većina ispitanika navodi kako je dom u kojem žive njihovo vlasništvo (90,1 %) (slika 19).



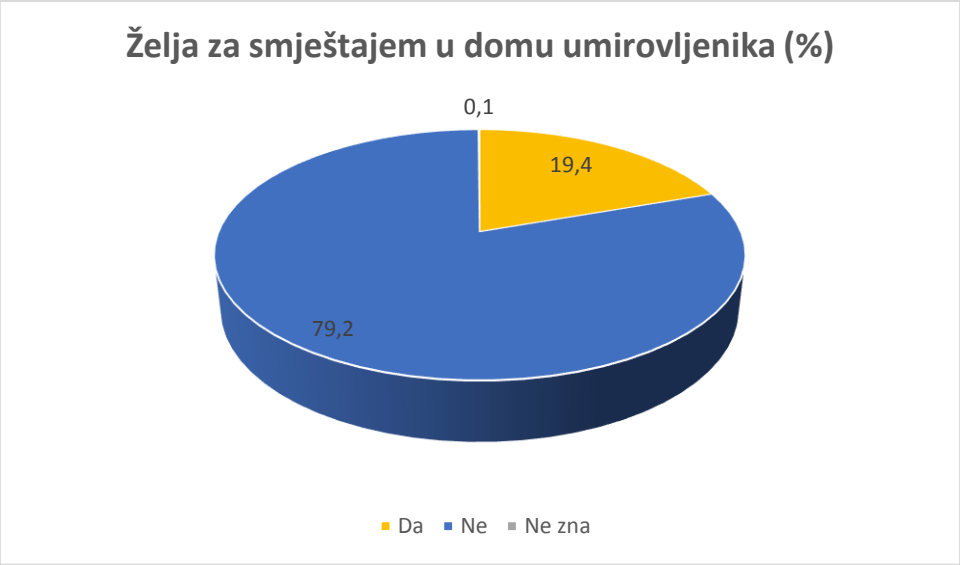
Slika 19. Obiteljsko vlasništvo doma ispitanika

Kao vrstu grijanja koju koriste ispitanici najvećim udjelom navode električno grijanje (48,4 %), dok je onih koji nemaju uopće grijanje najmanje (1,9 %) (slika 20).



Slika 20. Vrste grijanja u domovima ispitanika

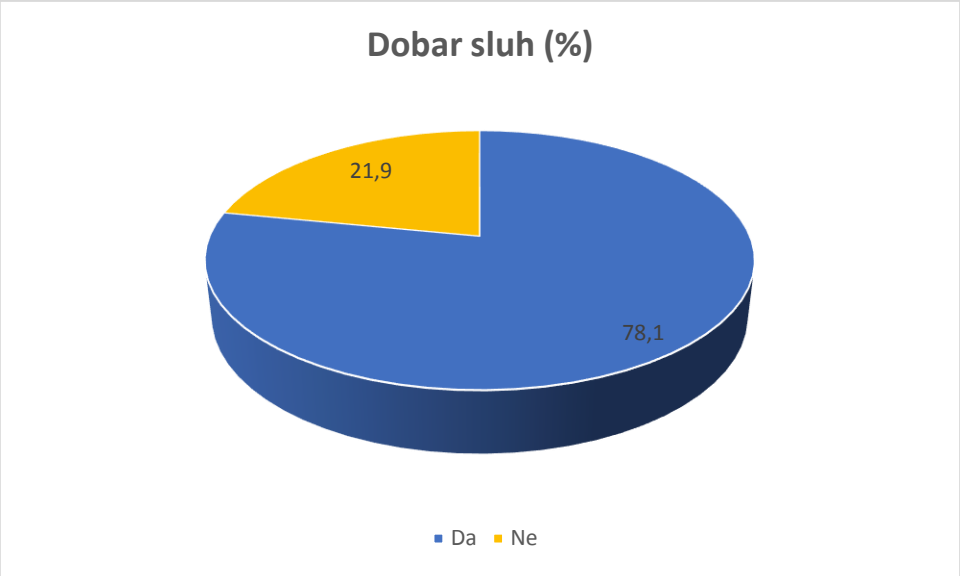
Želju za smještajem u dom umirovljenika ima manji broj ispitanika (19,4 %) od onih koji to ne žele (79,2 %) (slika 21).



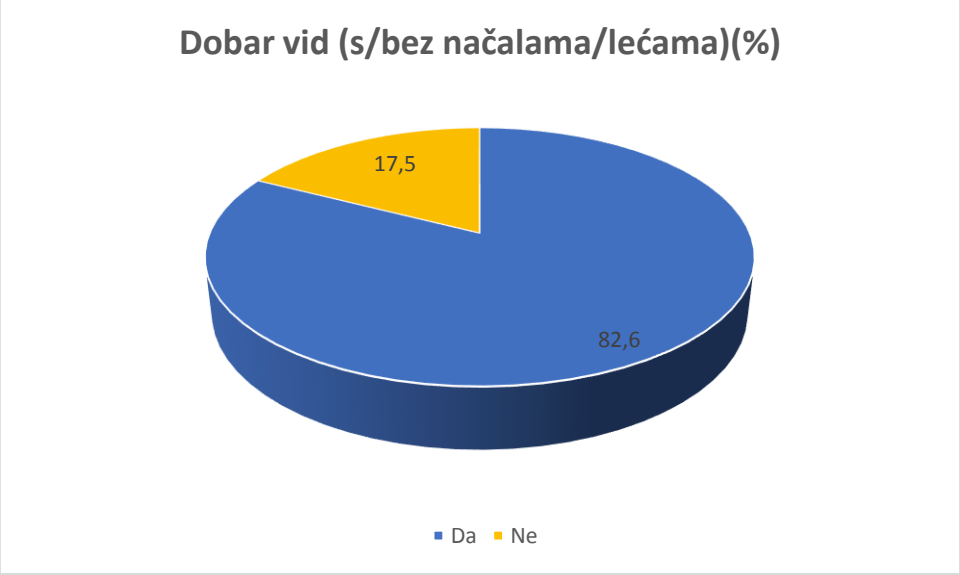
Slika 21. Želja ispitanika za smještajem u dom umirovljenika

4.2. Navike i aktivnosti ispitanika

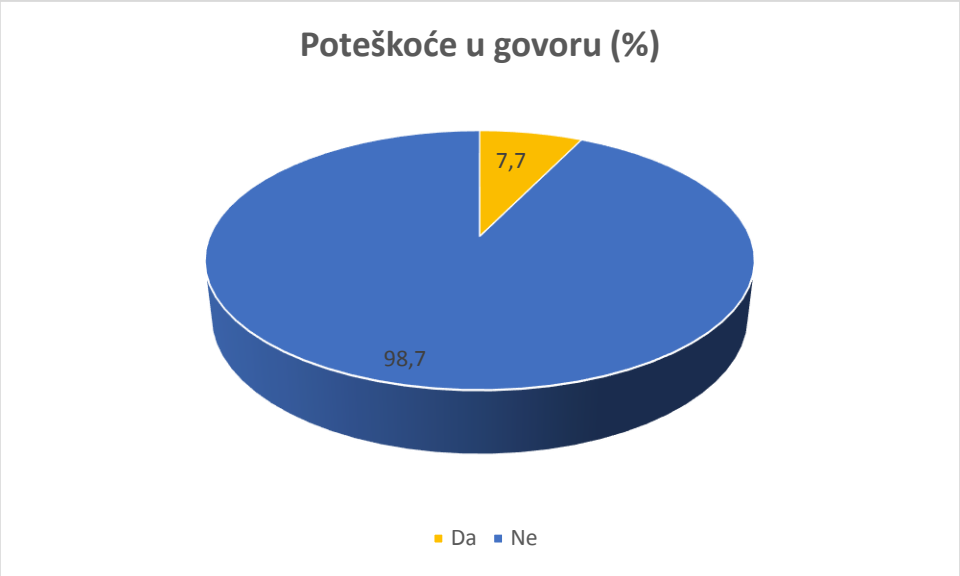
Prema podatcima istraživanja potrebnih za pravovaljanu komunikaciju (sluh, vid i govor), najveći broj ispitanika navodi kako ima problem sa sluhom (ne čuje TV program na glasnoći koja je prihvatljiva za druge gledatelje) (21,9 %), pa vidom (ne mogu prepoznati osobu udaljenu oko 4 m, bez obzira nose li ili ne naočale ili leće) (17,5 %) i najmanje poteškoća u govoru (7,7 %) (slika 22, 23 i 24).



Slika 22. Sluh ispitanika

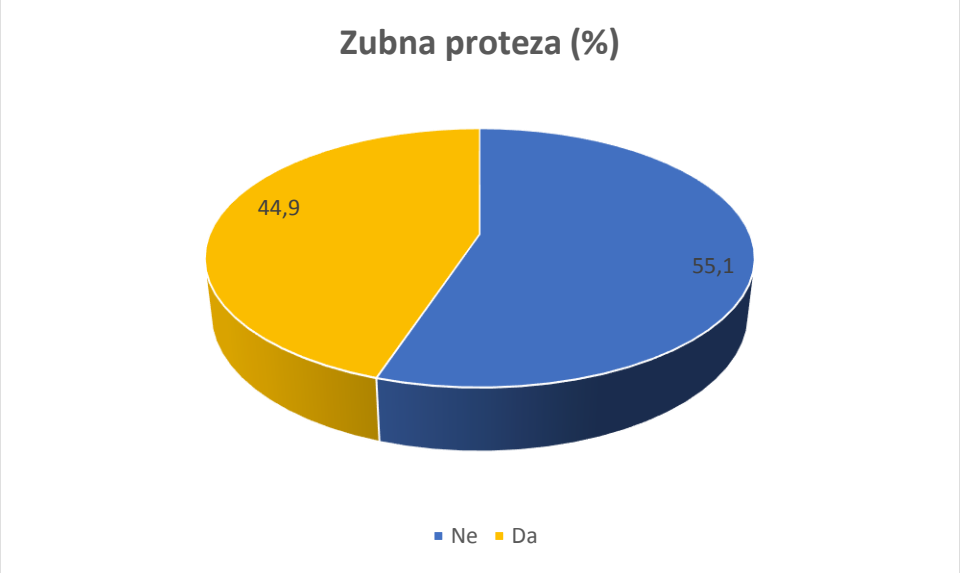


Slika 23. Vid ispitanika

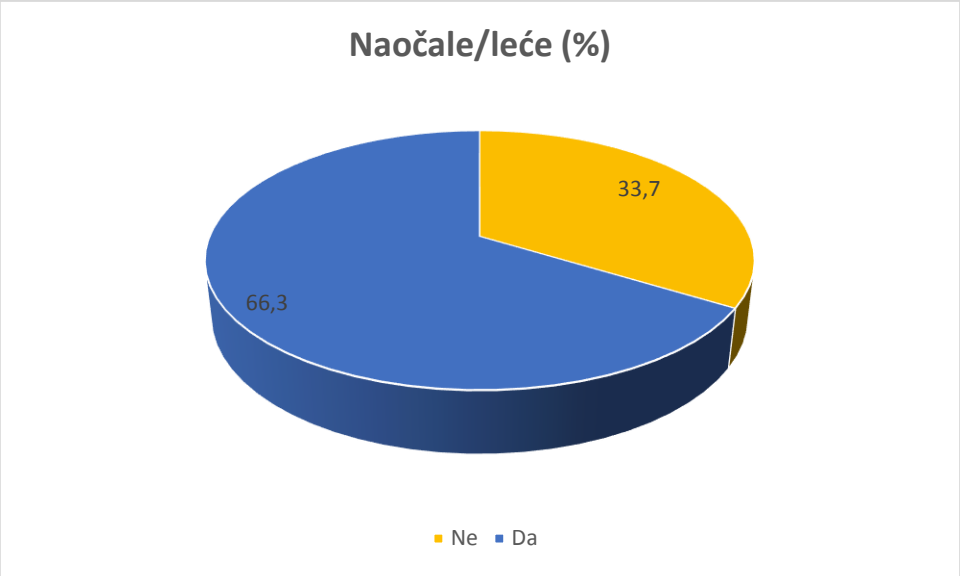


Slika 24. Poteškoće u govoru ispitanika

Od pomagala koje ispitanici najviše koriste su zubna proteza (44,9 %), pa naočale/leće (33,7 %) te slušni aparat (8,5 %). Ispitanika koji koriste neka druga pomagala su neznatnog udjela (0,6 %) (slika 25, 26 i 27).



Slika 25. Pomagala: zubna proteza

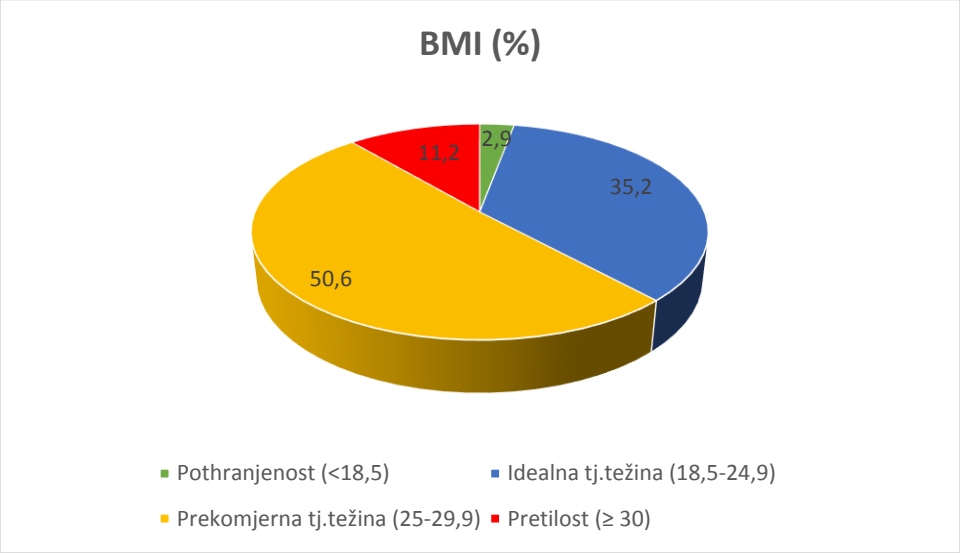


Slika 26. Pomagala: naočale ili leće



Slika 27. Pomagala: slušni aparat

Koristeći međunarodnu klasifikaciju za BMI (WHO) ispitanici su svrstani u kategorije nakon što su dali mjerne vrijednosti svoje tjelesne težine i visine. Došlo se do podataka kako najveći udio ispitanika pripada u kategoriju prekomjerne tjelesne težine (50,6 %), dok onih koji su u kategoriji idealne tjelesne težine ima nešto manje (35,2 %), a najmanje ih je u kategoriji pothranjenih (2,9 %) (slika 28).



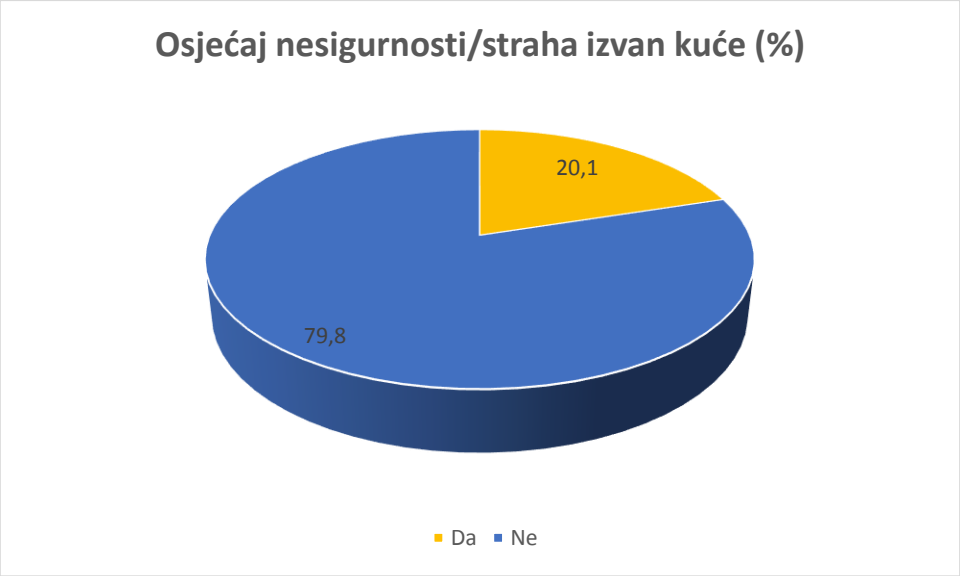
Slika 28. BMI ispitanika

Najveći dio ispitanika redovito obavlja aktivnosti izvan kuće (59,8 %) kao što je plaćanje računa, kupovina, šetnja i sl., dok je najmanji udio onih koji u protekloj godini dana nisu imali te aktivnosti (5,5 %) (slika 29).

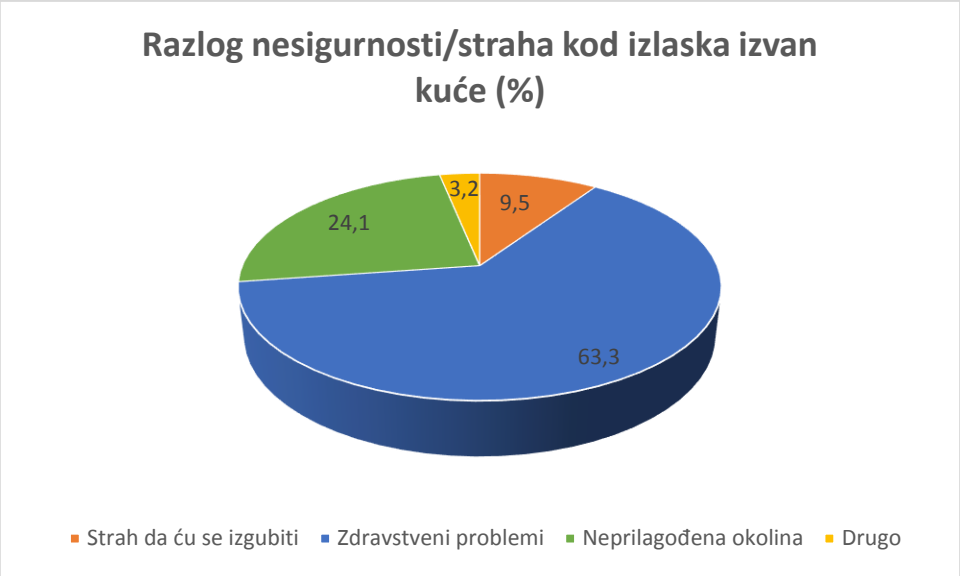


Slika 29. Redovito obavljanje aktivnosti izvan kuće

Manji udio ispitanika (20,1 %) pri izlasku iz kuće osjeća nesigurnost i/ili strah, a kao razlog tome najčešće navode zdravstvene probleme (63,3 %) (slika 30 i 31).



Slika 30. Osjećaj nesigurnosti/straha pri izlasku iz kuće



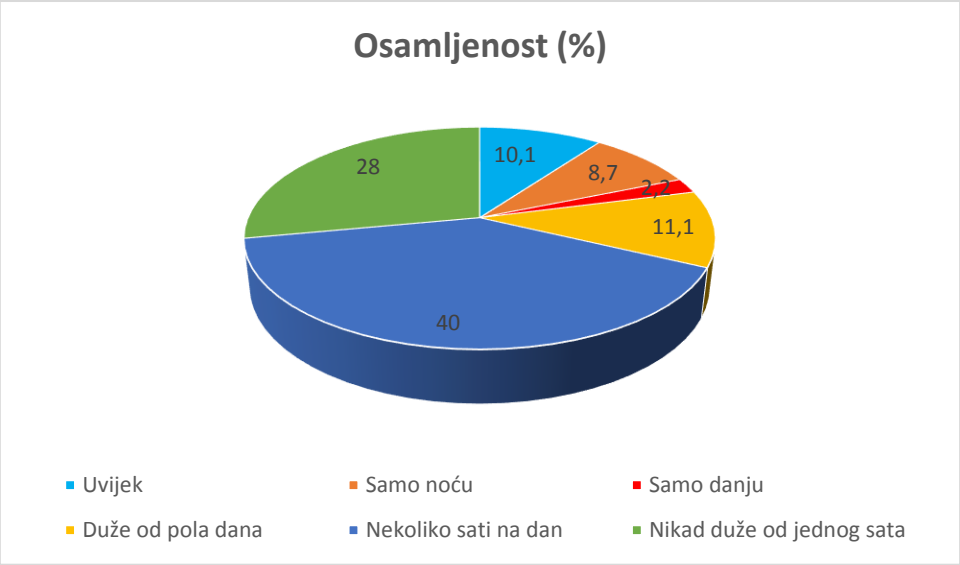
Slika 31. Razlozi nesigurnosti/straha pri izlasku iz kuće

Kao bitan pokazatelj aktivnosti ispitanika ispitivano je koliko njih se redovito bavi tjelovježbom te je dobiven manji udio (15,8 %) od onih ispitanika koji se ne bave tjelovježbom (84,2 %) (slika 32).



Slika 32. Redovita tjelovježba ispitanika

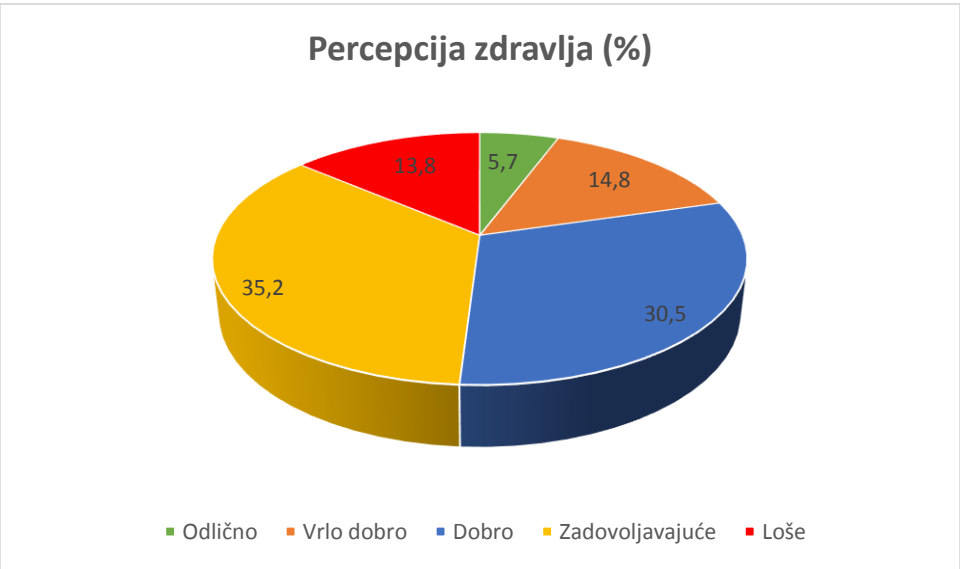
Veći dio ispitanika navodi kako su sami samo nekoliko sati na dan (40 %), dok ih je najmanje koji su sami samo preko dana (2,2 %) (slika 33).



Slika 33. Osamljenost ispitanika

4.3. Zdravstveno stanje ispitanika

Većina ispitanika svoje zdravlje smatra zadovoljavajućim (35,2 %) i dobrim (30,5 %), dok je najmanje onih ispitanika koje svoje zdravlje smatra odličnim (5,7 %) (slika 34).



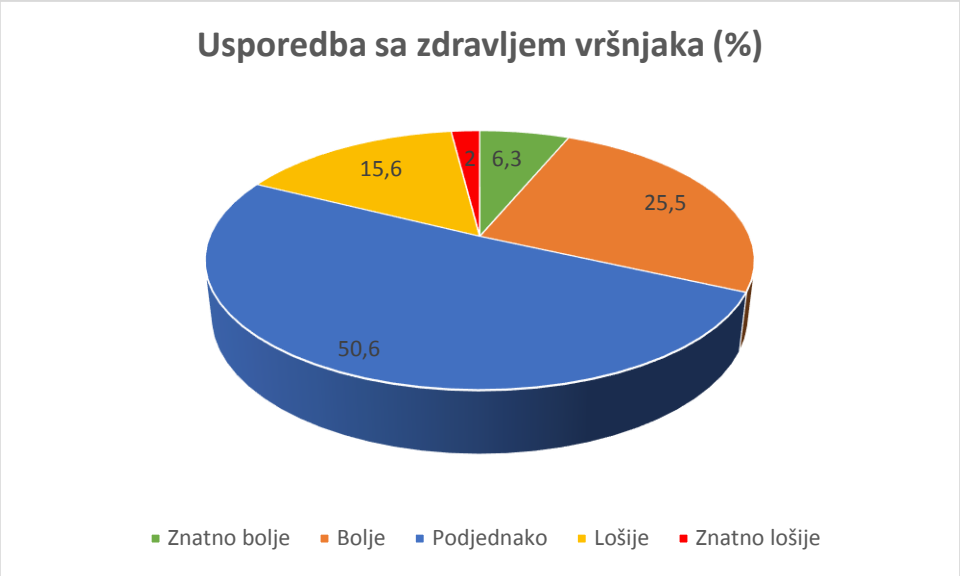
Slika 34. Percepcija zdravlja ispitanika

U tablici 3 je vidljivo kako najveći udio ispitanika s prosječnim materijalnim stanjem procjenjuje svoje zdravlje dobrim (66 %) i zadovoljavajućim (58.3%).

Tablica 3. Procjena zdravlja ispitanika prema subjektivnom materijalnom stanju

Subjektivno materijalno stanje; n (%)	**Subjektivna procjena zdravlja**				
	Odlično	Vrlo dobro	Dobro	Zadovoljavajuće	Loše
Mnogo lošije od prosjeka	7 (15,6%)	8 (6,9%)	8 (3,4%)	27 (9,8%)	25 (23,1%)
Nešto lošije od prosjeka	6 (13,3%)	18 (15,5%)	45 (18,9%)	55 (19,9%)	20 (18,5%)
Prosječno	24 (53,3%)	64 (55,2%)	**157 (66,0%)**	**161 (58,3%)**	53 (49,1%)
Nešto bolje od prosjeka	6 (13,3%)	21 (18,1%)	24 (10,1%)	30 (10,9%)	8 (7,4%)
Mnogo bolje od prosjeka	2 (4,4%)	4 (3,4%)	4 (1,7%)	3 (1,1%)	1 (0,9%)

Kada uspoređuju svoje zdravlje sa zdravljem svojih vršnjaka, ispitanici ga procjenjuju podjednakim (50,6 %), dok onih koji misle kako je njihovo zdravlje znatno bolje je mnogo manje (6,3 %) i najmanje je onih koji misle kako je njihovo zdravlje u odnosu na osobe iste dobi znatno lošije (2 %) (slika 35).



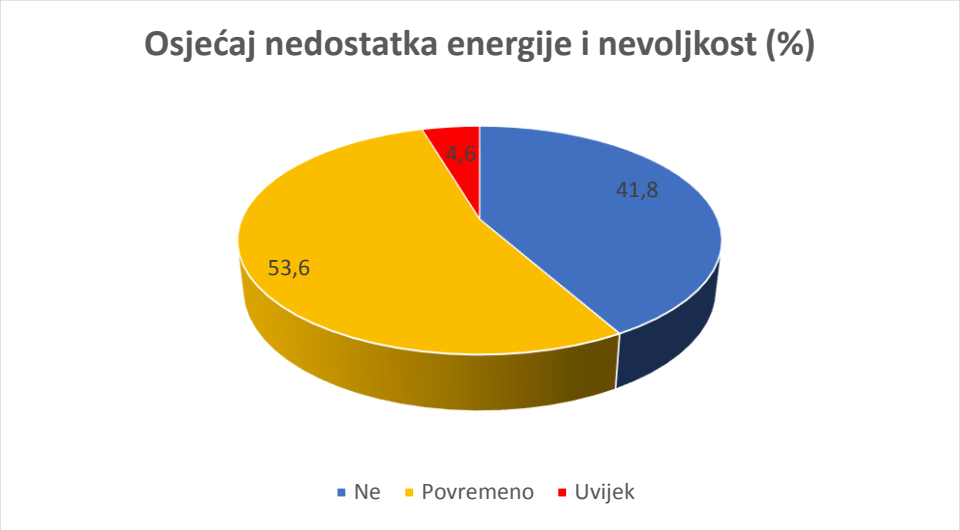
Slika 35. Percepcija vlastitog zdravlja u odnosu na zdravlje osoba iste dobi

Iz tablice 4 je vidljivo kako najveći udio ispitanika s prosječnim materijalnim stanjem procjenjuje svoje zdravlje znatno lošijim od zdravlja njihovih vršnjaka (68,8 %).

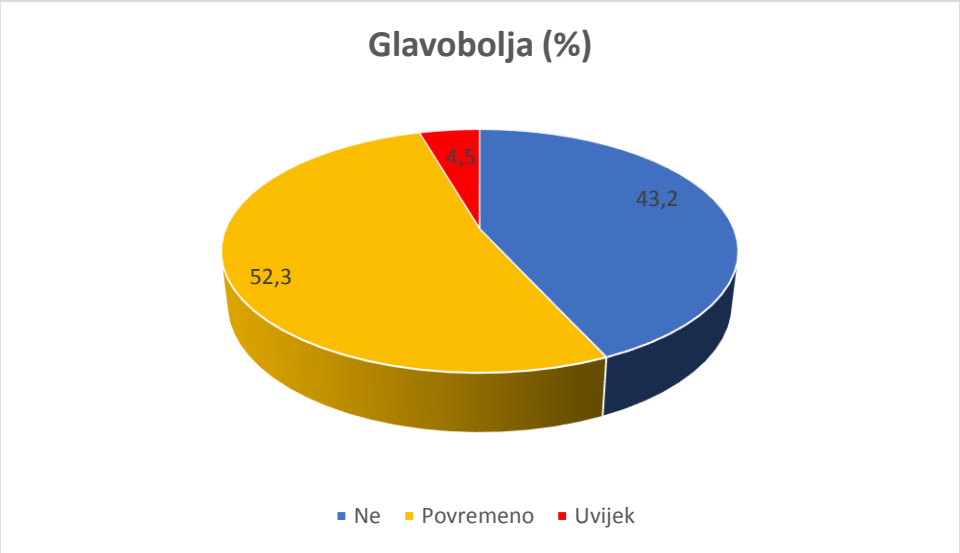
Tablica 4. Procjena zdravlja ispitanika u usporedbi sa zdravljem vršnjaka prema subjektivnom materijalnom stanju

Subjektivno materijalno stanje; n (%)	**Subjektivna procjena zdravlja ispitanika u usporedbi sa zdravljem vršnjaka**				
	Znatno bolje	Bolje	Podjednako	Lošije	Znatno lošije
Mnogo lošije od prosjeka	5 (10,2%)	15 (7,5%)	27 (6,8%)	26 (21,3%)	2 (12,5%)
Nešto lošije od prosjeka	5 (10,2%)	31 (15,5%)	85 (21,4%)	20 (16,4%)	3 (18,8%)
Prosječno	24 (49%)	117 (58,5%)	245 (61,7%)	63 (51,6%)	**11 (68,8%)**
Nešto bolje od prosjeka	13 (26,5%)	30 (15%)	34 (8,6%)	12 (9,8%)	0 (0,0%)
Mnogo bolje od prosjeka	2 (4,1%)	7 (3,5%)	5 (1,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

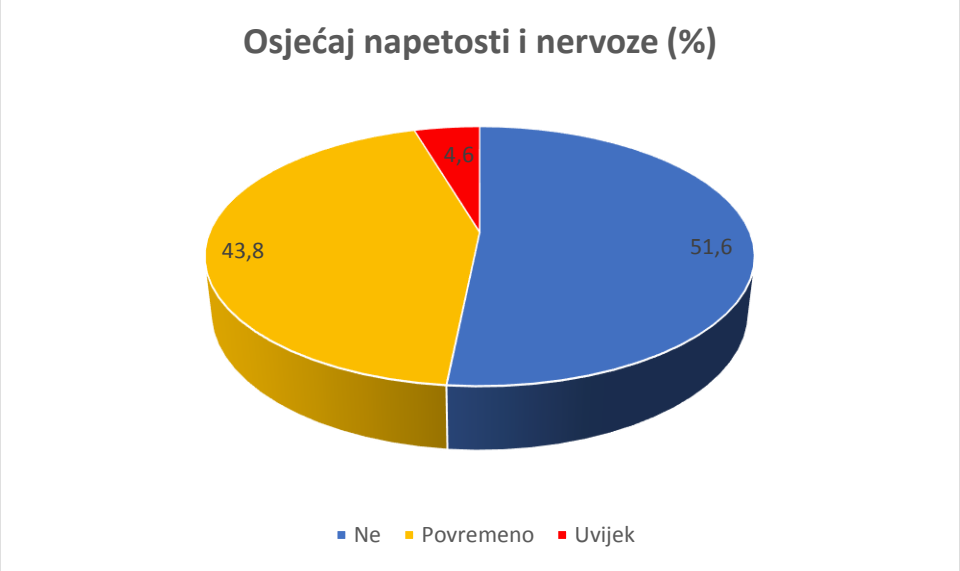
Ispitanici navode kako su tijekom proteklog tjedna od ispitivanja imali povremeno slijedeće simptome: nedostatak energije i nevoljkost (53,6 %), glavobolju (52,3 %), napetost i nervozu (43,8 %), osjećaj slabosti (43,5 %), lupanje srca (35,8 %), nedostatak apetita (25 %), bol u trbuhu (24 %), poteškoće u disanju (22,3 %) i nesvjesticu (10,5 %) (slike 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 i 44).



Slika 36. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: osjećaj nedostatka energije i nevoljkost



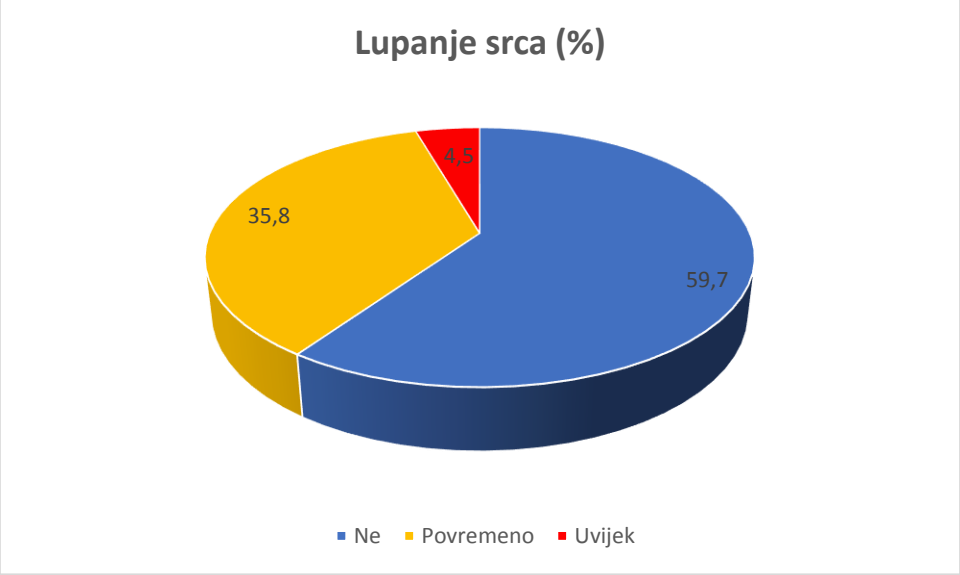
Slika 37. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: glavobolja



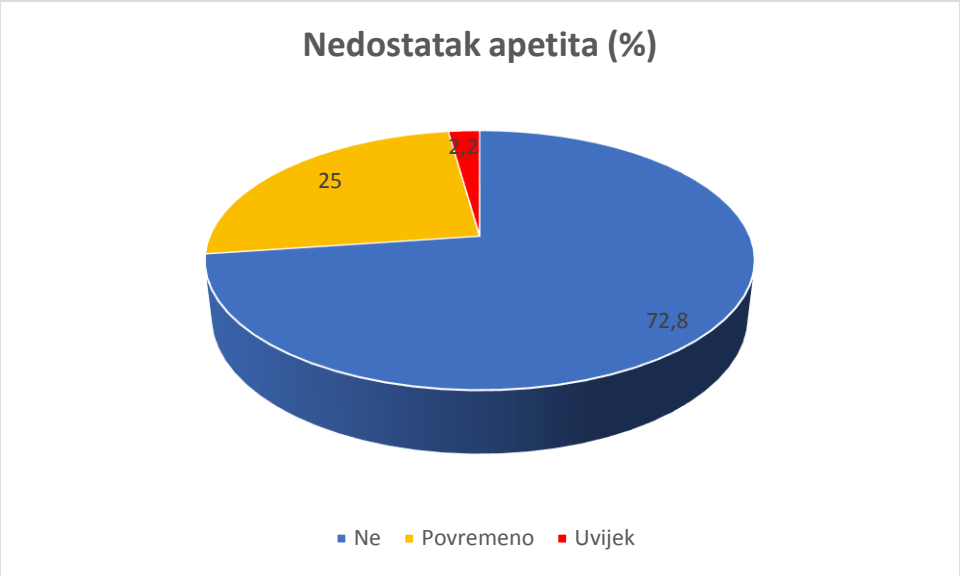
Slika 38. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: osjećaj napetosti i nervoze



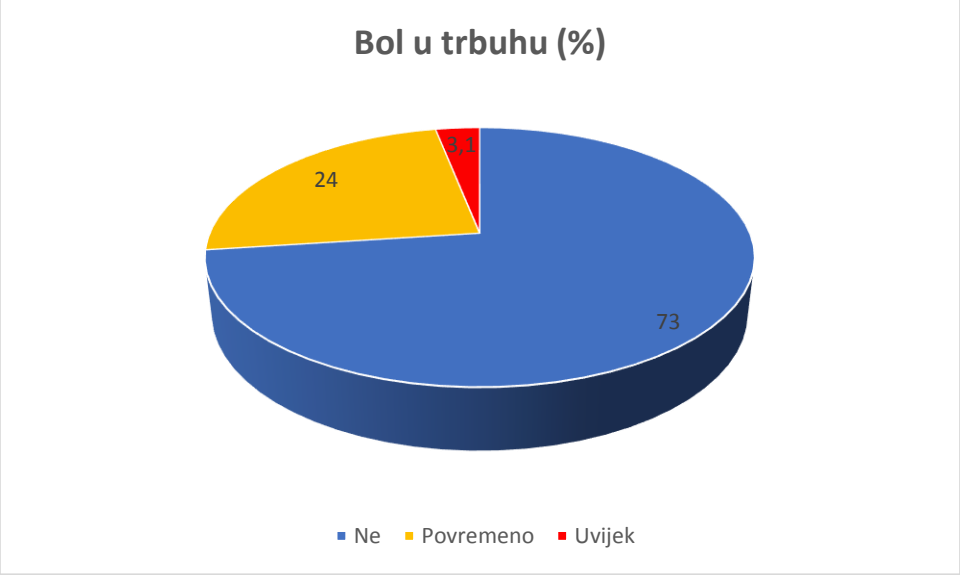
Slika 39. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: osjećaj slabosti



Slika 40. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: lupanje srca



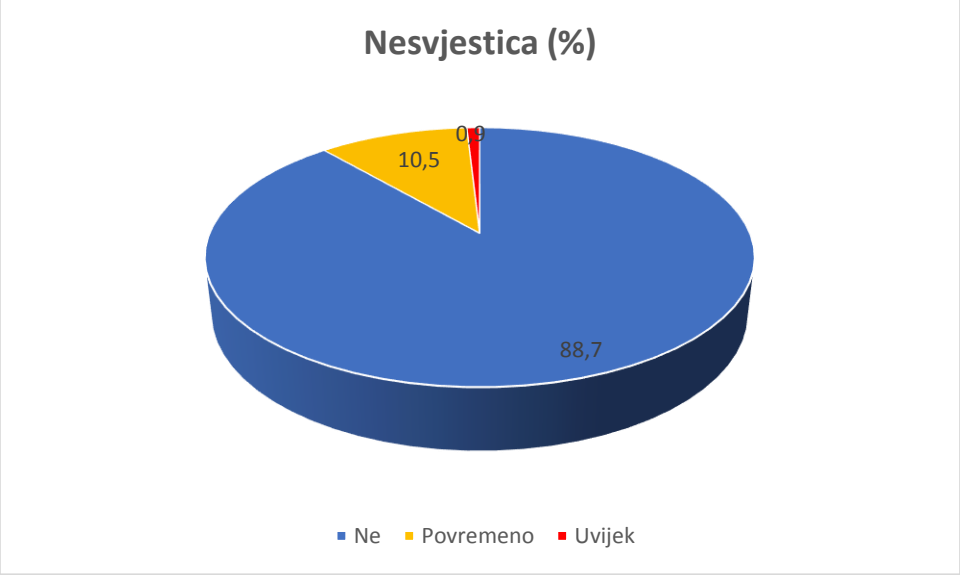
Slika 41. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: nedostatak apetita



Slika 42. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: bol u trbuhu

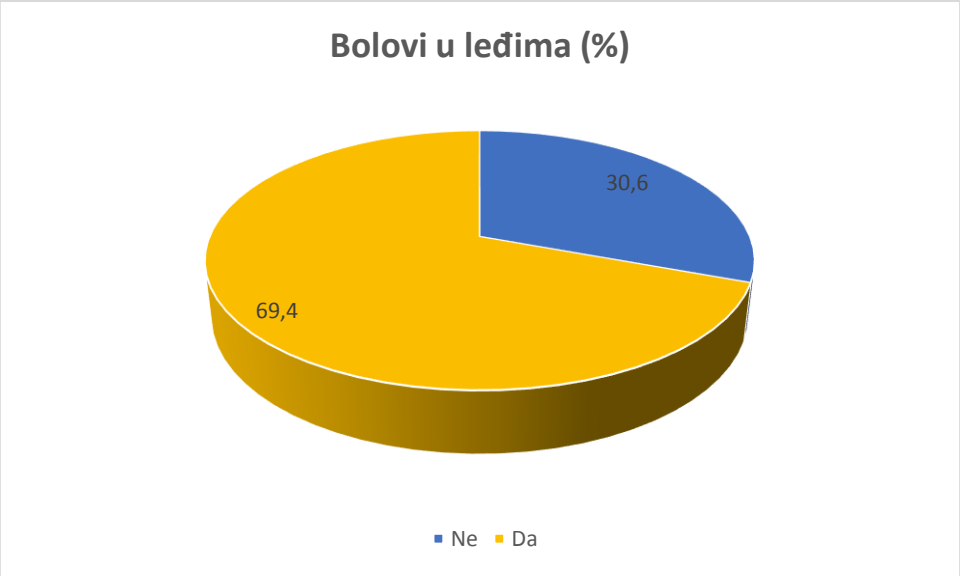


Slika 43. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: poteškoće u disanju

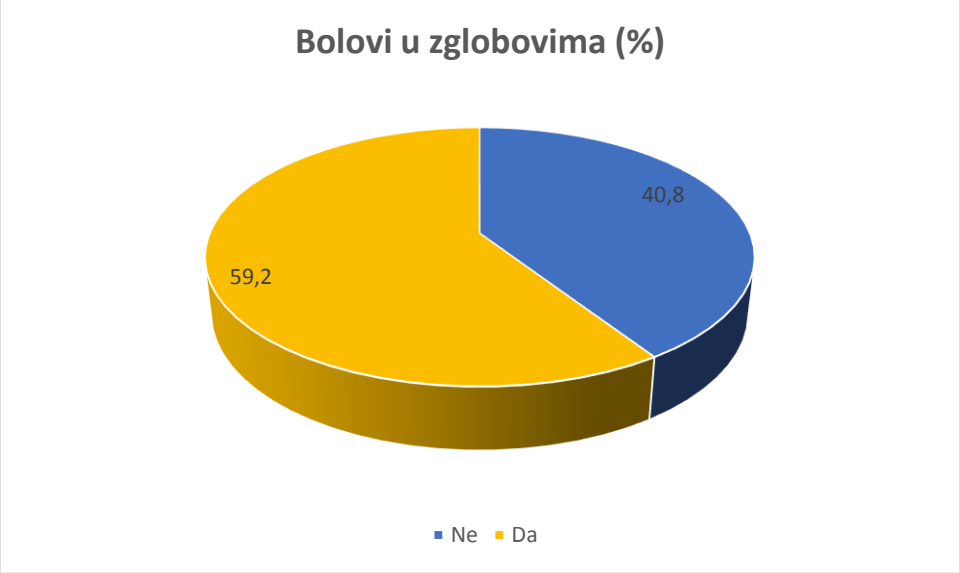


Slika 44. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: nesvjestica

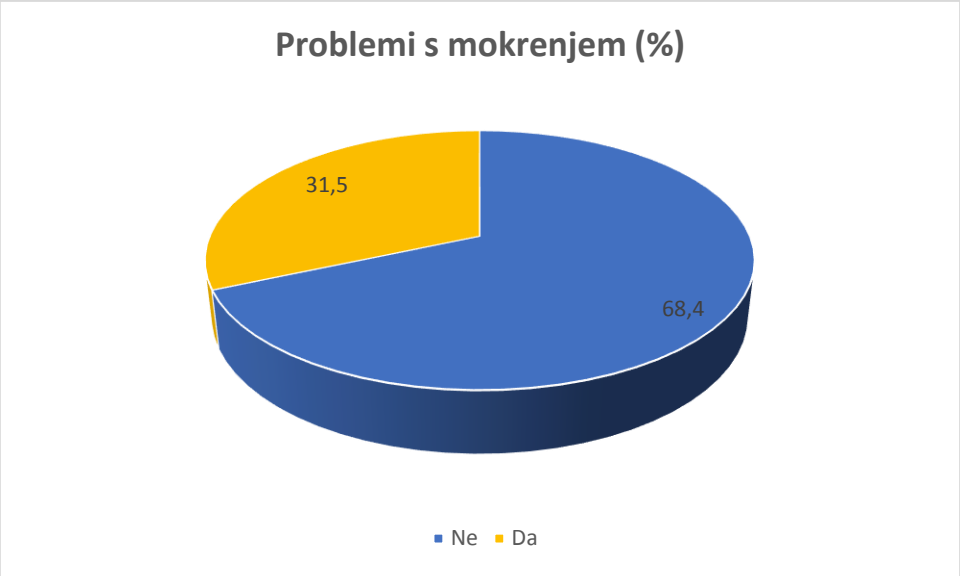
Od ostalih simptoma ispitanici navode kako su imali problema s bolovima u leđima (69,4 %), bolovima u zglobovima (59,2 %) i mokrenjem (31,5 %) (slika 45, 46 i 47).



Slika 45. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: bolovi u leđima

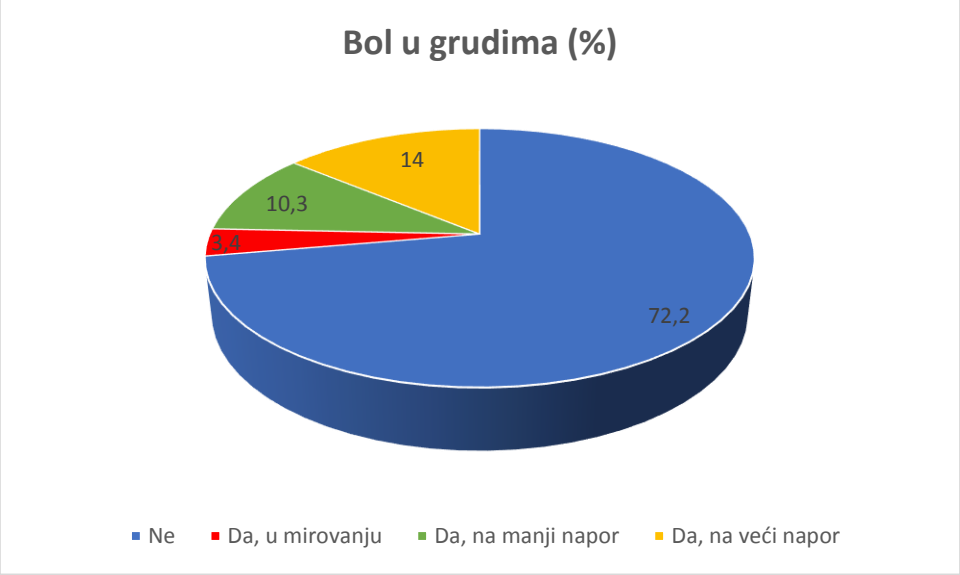


Slika 46. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: bolovi u zglobovima

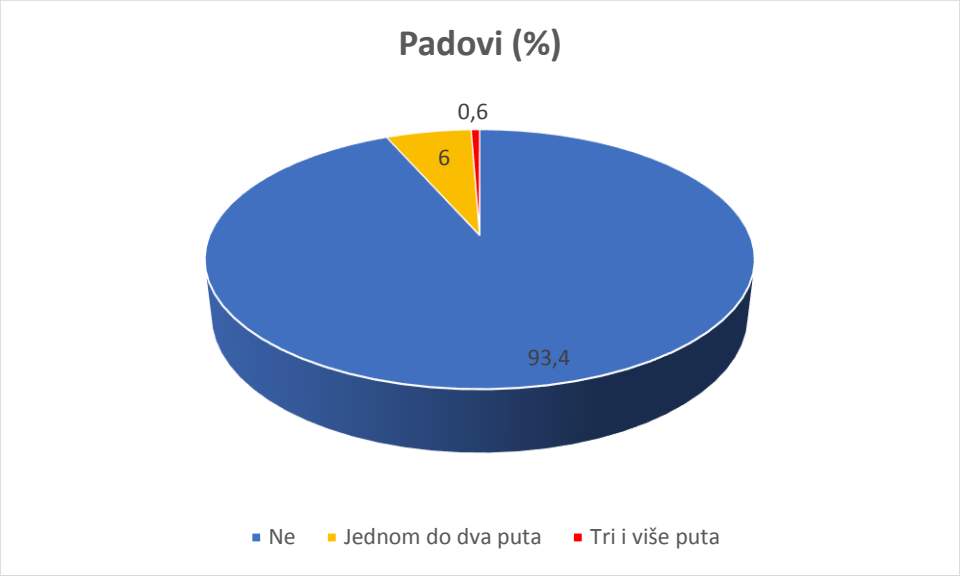


Slika 47. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: problemi s mokrenjem

Ispitanici, isto tako kao simptome u proteklih tjedan dana od ispitivanja, navode bol u grudima na veći napor (14 %) i kako su jednom do dva puta pali (6 %) (slika 48 i 49).

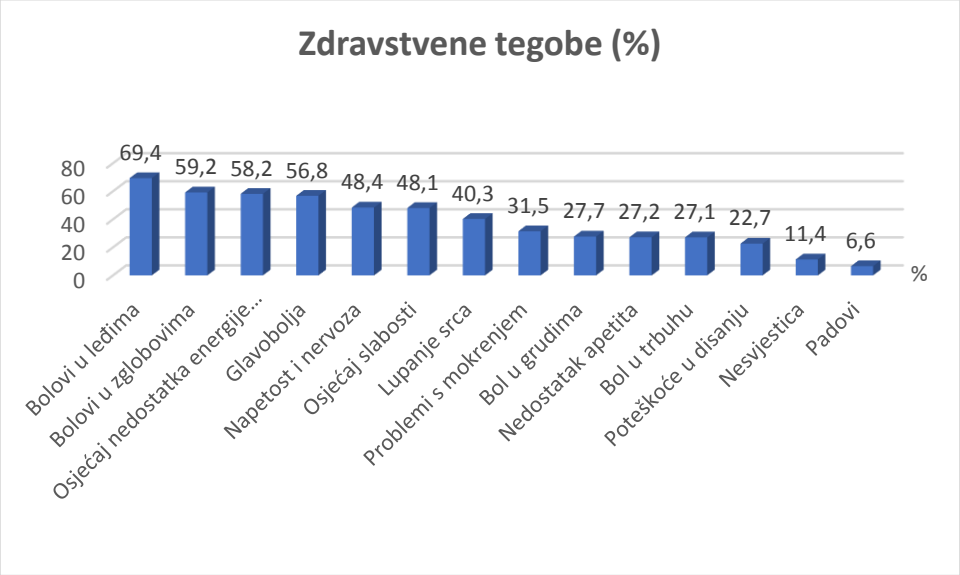


Slika 48. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: bol u grudima



Slika 49. Simptomi koje su ispitanici osjećali proteklih tjedan dana: padovi

Razmatrajući sveukupne zdravstvene tegobe ispitanika dolazimo do podataka kako je najveći udio njih imao poteškoće s bolovima u leđima (69,4 %), a najmanje njih je palo tijekom proteklog tjedna (6,6 %) (slika 50).



Slika 50. Zdravstvene tegobe ispitanika u proteklih tjedan dana

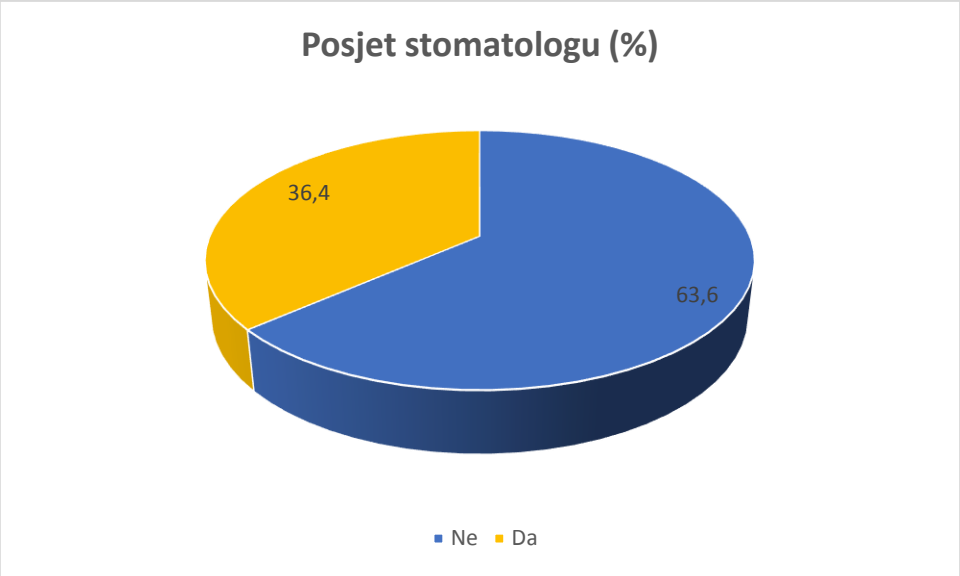
Ispitanici navode kako su u proteklih godinu dana bili kod liječnika opće medicine (83,9 %), liječnika specijaliste (49,2 %) i kod stomatologa (36,4 %) (slike 51, 52 i 53).



Slika 51. Posjet liječniku opće medicine u proteklih godinu dana

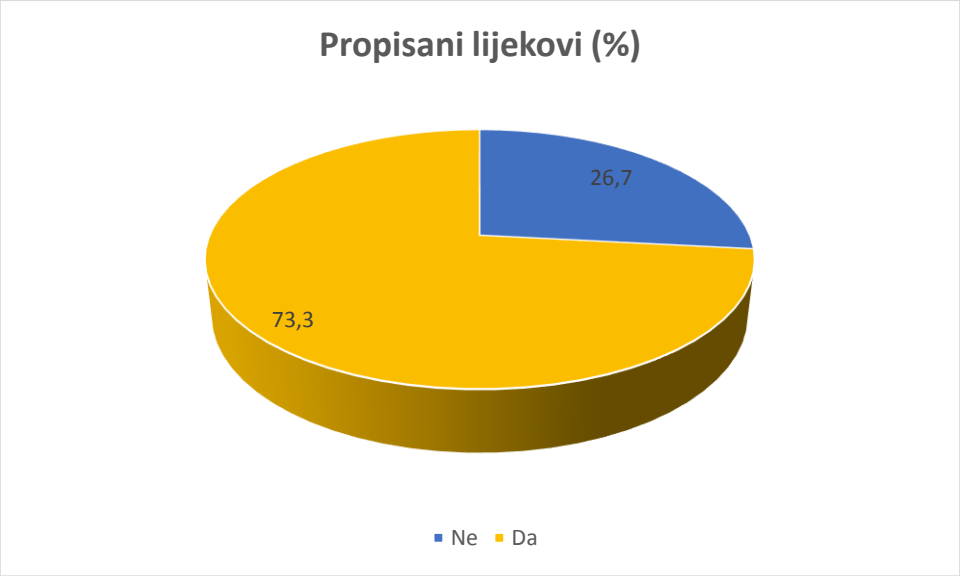


Slika 52. Posjet liječniku specijalisti u proteklih godinu dana



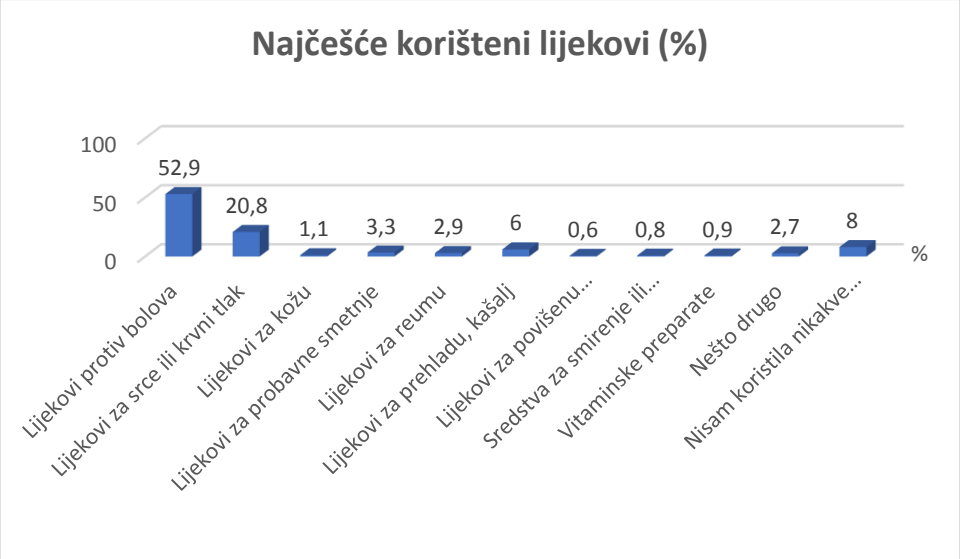
Slika 53. Posjet stomatologu u proteklih godinu dana

Istraživanje pokazuje kako je u najvećem udjelu liječnik tijekom protekle godine dana propisao lijekove ispitanicima (73,3 %) (slika 54).



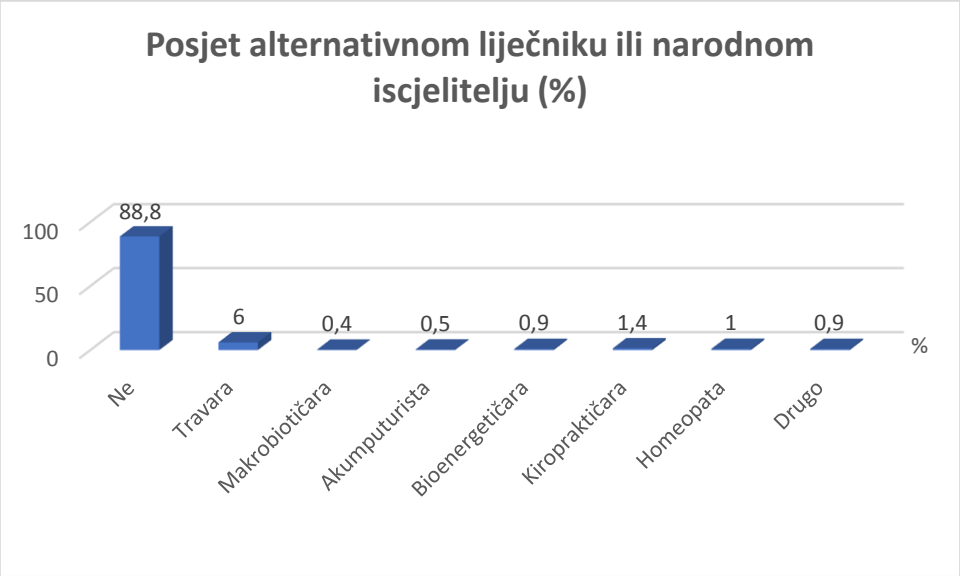
Slika 54. Korištenje recepata za lijekove u proteklih godinu dana

Lijekove koje su najčešće ispitanici koristili tijekom protekle godine su lijekovi protiv bolova (52,9 %) i lijekovi za srce ili krvni tlak (20,8 %), a najmanje su koristili lijekove za povišenu tjelesnu temperaturu (0,6 %) (slika 55).



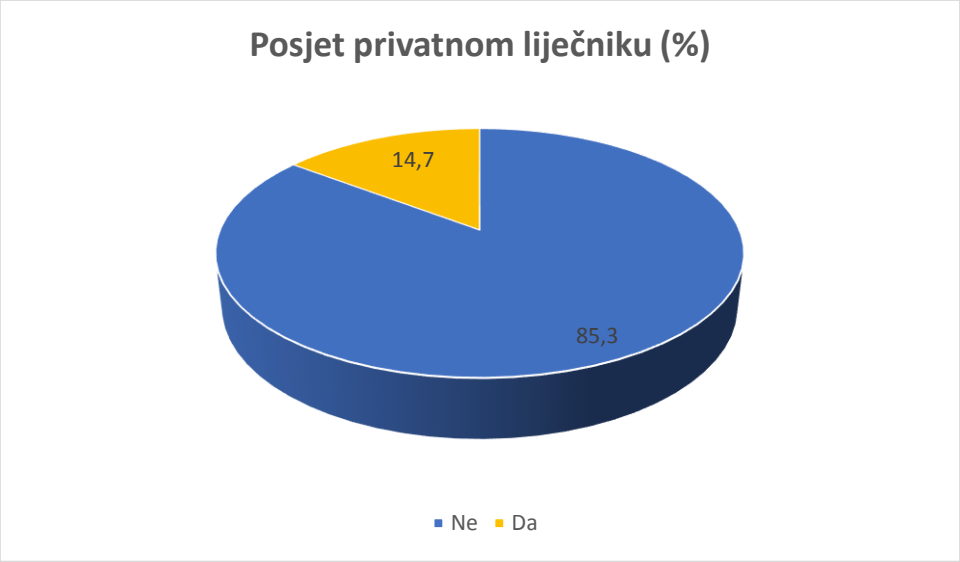
Slika 55. Najčešće korišteni lijekovi tijekom protekle godine dana

Tijekom proteklih godinu dana najveći udio ispitanika nije koristio usluge alternativnog liječnika ili narodnog iscjelitelja (88,8 %), dok je od onih koji su to koristili su bili kod travara (6 %) (slika 56).



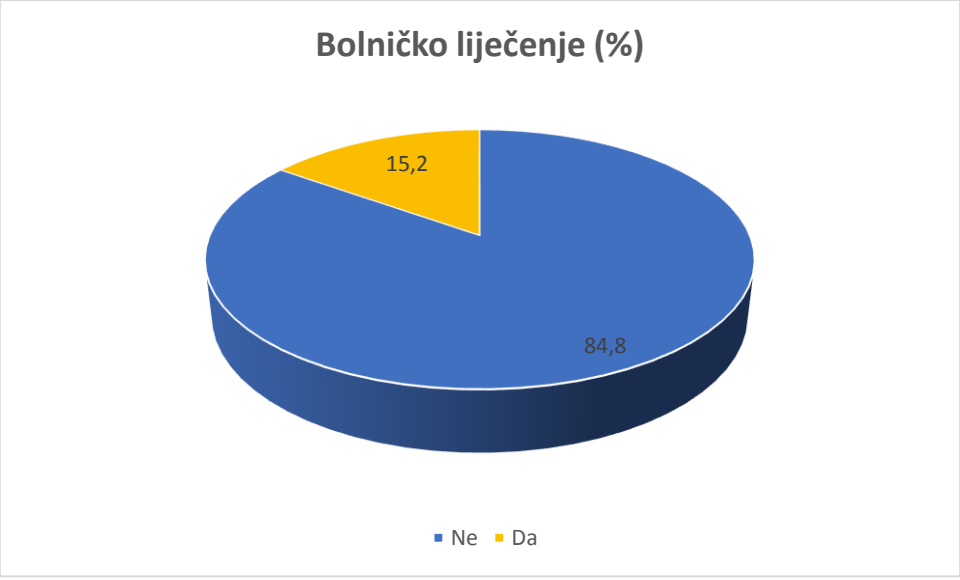
Slika 56. Posjet alternativnom liječniku ili narodnom iscjelitelju u proteklih godinu dana

Udio ispitanika koji je posjetio privatnog liječnika u proteklih godinu dana je bio manji (14,7 %) od onih koji nisu koristili te usluge (85,3 %) (slika 57).

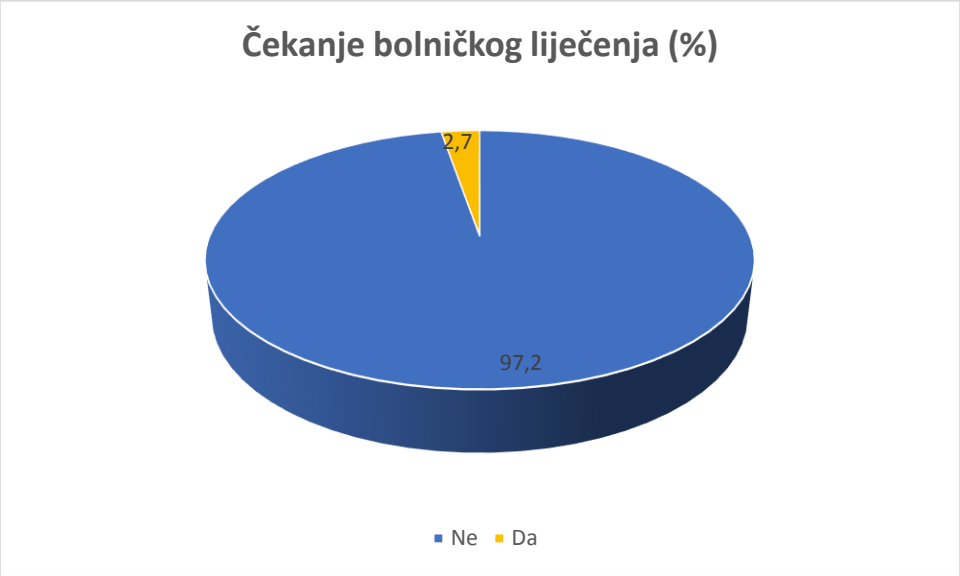


Slika 57. Posjet privatnom liječniku u proteklih godinu dana

Tijekom protekle godine dana manji broj ispitanika je bio na bolničkom liječenju (15,2 %), dok još manji udio njih trenutno čeka na hospitalizaciju (2,7 %) (slike 58 i 59).

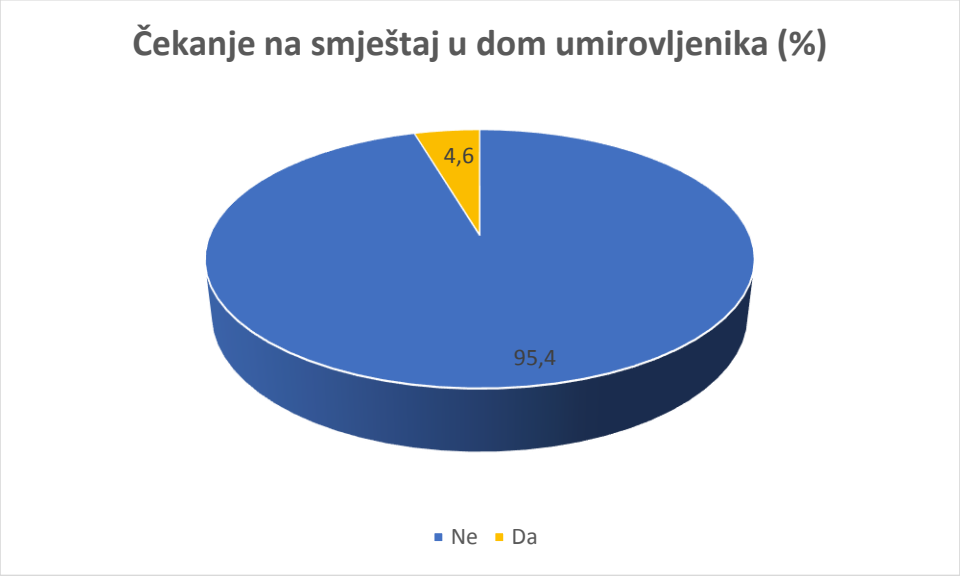


Slika 58. Udio ispitanika na bolničkom liječenju tijekom protekle godine



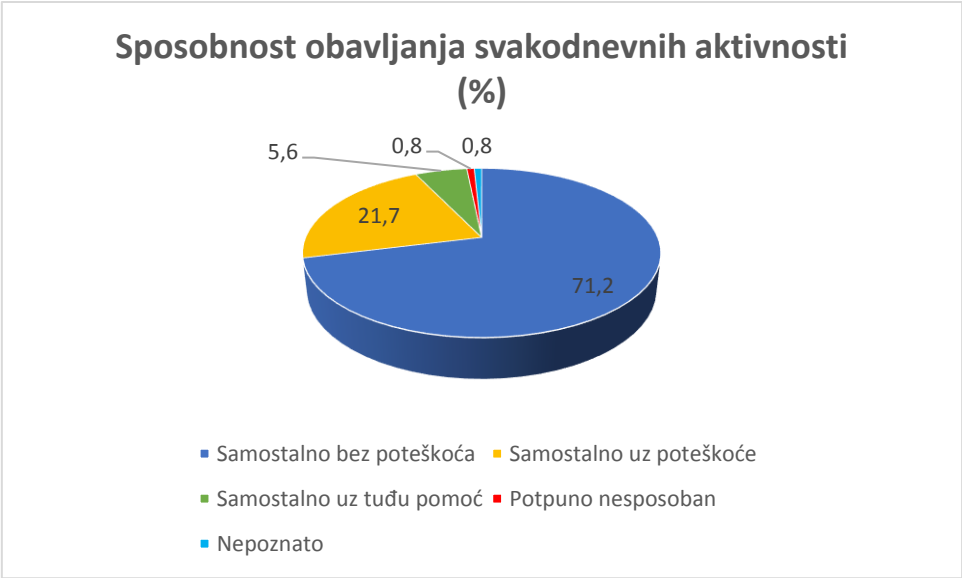
Slika 59. Udio ispitanika koji čeka na bolničko liječenje

Smještaj u dom umirovljenika trenutno čeka manji udio ispitanika (4,6 %) (slika 60).



Slika 60. Udio ispitanika koji čeka na smještaj u dom umirovljenika

Kako bi se mogla procijeniti sposobnost samostalnog življenja ispitivano je koliko je ispitanik sposoban obavljati svakodnevne aktivnosti poput održavanja higijene, eliminacije, odijevanja, ustajanja iz kreveta, samostalnog hranjenja i kontrole mokrenja i stolice te je najveći broj ispitanika sposoban obavljati dnevne aktivnosti samostalno bez poteškoća (71,2 %), pa samostalno uz poteškoće (21,7 %), dok je najmanje onih ispitanika koji su potpuno nesposobni, odnosno u potpunosti ovisni o tuđoj pomoći (0,8 %) (slika 61).



Slika 61. Sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti

Iz tablice 5 je vidljivo kako najveći udio ispitanika koji su nekoliko sati na dan sami su sposobni obavljati svakodnevne aktivnosti samostalno bez poteškoća (42,7 %).

Tablica 5. Procjena obavljanja svakodnevnih aktivnosti prema vremenu koje provode sami u svom domu

Sami u svom domu; n (%)	**Sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti**				
	Samostalno bez poteškoća	Samostalno uz poteškoće	Samostalno uz tuđu pomoć	Potpuno nesposoban	Nepoznato

Uvijek	48 (8,6%)	22 (12,9%)	6 (13,6%)	2 (33,3%)	0 (0,0%)
Samo noću	47 (8,4%)	19 (11,2%)	2 (4,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Samo danju	9 (1,6%)	6 (3,5%)	1 (2,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Duže od pola dana	54 (9,7%)	27 (15,9%)	4 (9,1%)	1 (16,7%)	0 (0,0%)
Nekoliko sati na dan	**238 (42,7%)**	56 (32,9%)	17 (38,6%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)
Nikad duže od jednog sata	161 (28,9%)	40 (23,5%)	14 (31,8%)	3 (50,0%)	1 (50,0%)

5. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja pokazali su kako zdravstveni i socijalni pokazatelji imaju utjecaja na funkcionalni status osoba starije životne dobi, posebice u samostalnom obavljanju svakodnevnih aktivnosti, što utječe na potrebe za zdravstvenom skrbi.

Uzorak ovog istraživanja od 784 ispitanika je približan uzorku istraživanja od 815 ispitanika kada je bila prva primjena anketnog upitnika u 1997. godini, a obuhvaćeni su ispitanici u dobi od 65 i više godina. Iako je istraživanje koje je provedeno 1997. godine obuhvaćalo samo ispitanike s područja grada Splita, smatralo se značajnim provesti ovakvo istraživanje i na području Splitsko-dalmatinske županije (19).

5.1. Socijalna obilježja

Duži životni vijek uvjetovao je i visoki udio osoba starije životne dobi koji su u braku, a manje onih koji su ostali bez bračnog partnera (udovci/udovice). To je poprilično značajno jer na taj način su podrška jedno drugome kako u svakodnevnoj komunikaciji, tako i u međusobnom pomaganju prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti.

Prema rezultatima istraživanja većina ispitanika je u braku što se poklapa s rezultatima prve primjene anketnog upitnika, a i statističkim podatcima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske 2011. godine (12, 19).

Uspoređujući veličinu domaćinstva 2012. godine s veličinom domaćinstva 1997. godine podaci se poklapaju (19).

Ispitanici u 2012. godini prema vremenu koje provode sami u svome domu – evidentan je smanjeni udio onih koji nisu nikada duže od 1 sata sami (1997: 46 %; 2012: 28 %) i veći udio onih koji su sami nekoliko sati na dan (1997: 28 %; 2012: 40 %) (19). Ovakva promjena u udjelima je najvjerojatnije uvjetovana ekonomskom slikom u RH, gdje članovi domaćinstava izbivaju iz svog doma kako bi radili.

Uspoređujući rezultate raspodjele ispitanika prema razini obrazovanja uočena je razlika u porastu udjela onih sa srednjom školom (1997: 26 %; 2012: 35,3 %) i nešto onih s fakultetom/akademijom (1997: 7 %; 2012: 9,6 %), a smanjen je udio onih bez škole (1997: 7 %; 2012: 2,2 %) i s nepotpunom osnovnom školom (1997: 16 %; 2012: 9,3 %) (19). Uspoređujući ove podatke s podatcima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske 2011. godine, gdje su obuhvaćeni svi stanovnici u RH u dobi 65 godina i više, prikazuju se slični rezultati, osim u udjelu stanovnika koji je bez škole (6,1 %) (12).

Iako nije došlo do neke velike razlike u udjelu ispitanika koji su umirovljenici, uočava se veliki skok u udjelu onih koji rade povremeno ili cijelo radno vrijeme (1997: 2 %; 2012: 10,6 %), a smanjen je udio onih koji nikada nisu radili (1997: 27 %; 2012: 10 %) (19).

Razlika se vidi i u udjelu ispitanika svezi želje za vraćanjem na posao, gdje je smanjen udio onih koji se ne žele vratiti na posao (1997: 90 %; 2012: 73,9 %), a povećan udio onih koji se žele vratiti na posao (1997: 8 %; 2012: 14,7 %) i neodlučnih (1997: 2 %; 2012: 11,4 %) (19).

Prema načinu grijanja stambenog prostora udio ispitivanog stanovništva koje uopće nema grijanje se smanjio (1997: 7 %; 2012: 1,9 %), i udio električnog grijanja se smanjio (1997: 62 %; 2012: 48,4 %) najvjerojatnije zbog povećanog udjela ispitanika koji petnaest godina kasnije koristi centralno grijanje (1997: 10 %; 2012: 19,4 %) (19).

Kao i kod prvog istraživanja, većina ispitanika živi od svoje mirovine.

Prema osobnim procjenama svog materijalnog statusa povećao se udio onih koji ga procjenjuju prosječnim (1997: 36 %; 2012: 58,7 %) i nešto boljim od prosjeka (1997: 5 %; 2012: 11,4 %), a smanjio se udio onih koji ga procjenjuju lošijim od prosjeka (1997: 58 %; 2012: 28,3 %) (19).

Udio ispitanika koji povremeno pruža materijalnu pomoć svojoj djeci i rodbini se povećao (1997: 19,56 %; 2012: 51,8 %), a i povećalo se povremeno pružanje takve pomoći od svoje djece (1997: 27 %; 2012: 45,4 %) (19).

U dom umirovljenika želi se smjestiti nešto veći udio ispitanika (1997: 15 %; 2012: 19,4 %), dok manji udio njih i čeka smještaj u domu umirovljenika (4,6 %) (19).

5.2. Funkcionalni status osoba starije životne dobi

Funkcionalni status osoba starije životne dobi najčešće gledamo kroz prizmu koliko su samostalni u obavljanju svojih svakodnevnih aktivnosti, a bitan je zbog određivanja razine neovisnosti, odnosno samostalnosti, potrebe za pomagalima i pomoći druge osobe (2).

Prema rezultatima istraživanja najveći udio ispitanika svakodnevno obavlja aktivnosti izvan kuće što je slično rezultatima istraživanja prve primjene upitnika (1997: 69 %; 2012: 59,8 %), dok je smanjen udio ispitanika koji u protekloj godini dana nisu nikada izašli iz kuće (1997: 12 %; 2012: 5,5 %) (19).

Kod izlaska iz kuće, strah ili nesigurnost navodi nešto manji udio ispitanika (1997: 30 %; 2012: 20,1 %), a kao razlog istog ispitanici najviše navode zdravstvene probleme, no u nešto manjem udjelu (1997: 82 %; 2012: 63,3 %), dok se povećao udio onih kojih je strah da će se izgubiti (1997: 2 %; 2012: 9,5 %) i koji su nesigurni zbog neprilagođene okoline (1997: 10 %; 2012: 24,1 %) (19).

Udio ispitanika koji samostalno bez poteškoća može obavljati svoje dnevne aktivnosti se smanjio (1997: 90,4 %; 2012: 71,2 %), dok je udio onih koji su potpuno ovisni o drugima ostao otprilike isti (1997: 1,2 %; 2012: 0,8 %) (19).

Udio ispitanika koji redovito još uvijek upražnjava neki oblik tjelovježbe se neznatno smanjio (1997: 19 %; 2012: 15,8 %) (19).

5.3. Procjena zdravstvenog stanja

Zdravstvene potrebe osoba starije životne dobi uzrokovane su kroničnim degenerativnim procesima koji uzrokuju češću pojavu oboljenja te time i iziskuju veću potražnju zdravstvenih usluga.

Većina ispitanika svoje zdravlje procjenjuje zadovoljavajućim (1997: 37 %; 2012: 35,2 %), dok se udio ispitanika koji smatraju svoje zdravlje vrlo dobrim povećao (1997:

8 %; 2012: 14,8 %), a udio onih koji smatraju da im je zdravlje loše se smanjio (1997: 25 %; 2012: 13,8 %) (19).

U usporedbi svog zdravlja sa zdravljem osoba iste životne dobi primijećen je porast udjela ispitanika koji misle kako im je zdravlje podjednako kao i zdravlje njihovih vršnjaka (1997: 36 %; 2012: 50,6 %), a smanjen je udio onih koji svoje zdravlje percipiraju boljim od zdravlja svojih vršnjaka (1997: 34 %; 2012: 25,5 %) (19).

Razmatrajući udio ispitanika o vrsti i učestalosti pojavljivanja zdravstvenih tegoba primijećena je razlika u pojavljivanju pojedinih simptoma tako što je sada prisutan najveći udio ispitanika koji se žalio na bolove u leđima (69,4 %), dok je petnaest godina prije najveći udio bio kod osjećaja napetosti i nervoze (64 %), a padovi navedeni kao najrjeđe zdravstvene tegobe su ostali u sličnim udjelima (1997: 5 %; 2012: 6,6 %). Primijećen je i porast glavobolje (1997: 37 %; 2012: 56,8 %) te smanjenje osjećaja napetosti i nervoze (1997: 64 %; 2012: 48,4 %), nedostatka apetita (1997: 34 %; 2012: 25,5 %) i nesvjestice (1997: 20 %; 2012: 11,4 %) (19).

Debljina je javnozdravstveni problem koji sve više poprima na značaju. Osobe starije životne dobi moraju svoju prehranu prilagoditi reduciranim energetskim potrebama i adekvatnom uzimanju esencijalnih hranjivih tvari kako bi prevenirali pojavu prekomjerne tjelesne težine i pretilosti (2). Ovim istraživanjem su se uzimali podatci o tjelesnoj visini i težini ispitanika te se na osnovu njih računao BMI koristeći se međunarodnom klasifikacijom (WHO). Ispitanike smo svrstali u četiri kategorije (pothranjeni, idealna tjelesna težina, prekomjerna tjelesna težina i pretilost) i dobili smo rezultate kako najveći udio ispitanika ima prekomjernu tjelesnu težinu (50,6 %), dok je udio ispitanika koji imaju idealnu tjelesnu težinu poražavajući nizak (35,2 %) (19).

Zdravstvena zaštita stanovnika se provodi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini, a ovim istraživanjem se pokazalo kako je jedino udio ispitanika koji su koristili usluge stomatologa porastao (1997: 18,8 %; 2012: 36,4 %), dok je korištenje primarne zdravstvene zaštite (1997: 85,8 %; 2012: 83,9 %), specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite (1997: 52,8 %; 2012: 49,2 %) i bolničkog liječenja (1997: 15,2 %; 2012: 14,8 %) ostao u sličnom udjelu (19).

Udio ispitanika koji je posjetio alternativnog liječnika ili narodnog iscjelitelja je porastao (1997: 4 %; 2012: 11,2 %), a najčešće su korištene usluge travara i kiropraktičara (19).

Lijekovi koje su ispitanici najčešće koristili su lijekovi protiv bolova (52,9 %), dok uvidom u podatke praćenja potrošnje lijekova koju sustavno i cjelovito od 2004. godine prati Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED) na razini cijele RH vidimo kako je najveća potrošnja lijekova za srce i krvni tlak u periodu od 2007 do 2012. godine (20).

5.4. Smjernice za daljnji razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi

Starenje stanovništva i povećanje prevalencije kroničnih bolesti predstavlja izazove za razvoj i primjenu smjernica za zdravstvenu njegu osoba starije životne dobi, posebice jer se u najnovije vrijeme sve više zastupa teorija aktivnog starenja.

Korištenje ovakvog istraživanja s pristupom vremenske zadrške od petnaest godina i proučavanjem skupina osoba iste životne dobi (65 godina i više) pomaže nam utvrditi generacijske razlike kako bi stekli uvid u utjecaj društveno-povijesnih i kulturnih promjena u određenom trenutku starenja te socijalnih promjena i utjecaja na funkcionalno stanje tih osoba. Rezultati istraživanja različitih studija u svijetu pokazuju veću povezanost starenja društva sa socioekonomskim statusom, obrazovanjem, zdravljem i okolinskim poticajima nego s kronološkom dobi same osobe (2).

- **Medicinske sestre na svim razinama zdravstvene zaštite trebaju obratiti pozornost na znakove stresa u svrhu prevencije pojave depresije te na znakove koji mogu biti upozoravajući za rizik od samoubojstva kod osoba starije životne dobi. Potrebno je pružiti socijalnu podršku osobama starije životne dobi pokazujući ljubaznost, ohrabrenje i poštovanje, odnosno empatiju te prepoznati njihove potrebe.**

Poznavajući činjenicu kako je život u bračnoj zajednici jedan od značajnijih oslonaca u životu i razmatrajući izvore stresa kod osoba starije životne dobi, kao što je gubitak

bračnog partnera, ovim istraživanjem je pokazano kako jedan udio ispitanika ne živi u braku (39,7 %), a veći udio njih su udovci/udovice (28,6 %). Istraživanja pokazuju kako osobe starije životne dobi koje žive u braku su sretnije, zdravije te žive duže od razvedenih ili udovaca/udovica iste dobi (Despot Lučanin, 2003) (2).

Postojanje samačkih domaćinstava, odnosno socijalno izoliranih osoba starije životne dobi je jedan od značajnijih izvora stresa i mogućnosti razvoja depresije, a ovim rezultatima i rezultatima prve primjene anketnog upitnika je pokazan popriličan udio takvih osoba (1997: 13 %; 2012: 13,5 %) (19).

Na osnovu usporedbe dvaju istraživanja povećan je udio onih koji su sami nekoliko sati na dan (1997: 28 %; 2012: 40 %), a zabrinjavajući je udio ispitanika koji je uvijek sam (1997: 11 %; 2012: 10,1 %) (19).

- **S ciljem sprječavanja ovisnosti starijih osoba o tuđoj njezi i pomoći, medicinske sestre trebaju pravovremeno prepoznati rizične čimbenike koji dovode do funkcionalne onesposobljenosti te odrediti razinu neovisnosti (samostalnosti), potrebe za nadzorom, potrebe za pomoći druge osobe i/ili pomagala pri obavljanju osnovnih svakodnevnih aktivnosti.**

Usporedbom dvaju istraživanja poražavajući su rezultati koji pokazuju smanjenje udjela osoba starije životne dobi koje mogu samostalno bez poteškoća obavljati svoje dnevne aktivnosti (1997: 90,4 %; 2012: 71,2 %), a još uvijek postoji podjednak udio osoba koje su ovisne o pomoći druge osobe (1997: 1,2 %; 2012: 0,8 %) (19).

- **Medicinske sestre trebaju promovirati i podržavati proces zdravog aktivnog starenja u svrhu prevencije bolesti i poticanja što neovisnijeg življenja osoba starije životne dobi.**

Poticanje tjelesne aktivnosti sukladno mogućnostima osobe pazeći na intenzitet opterećenja, zdravstveno stanje i funkcionalnu sposobnost osobe starije životne dobi te odrediti optimalni intenzitet vježbanja je nužno s obzirom na rezultate koji ukazuju na smanjenje redovite tjelovježbe (1997: 19 %; 2012: 15,8 %) (19).

Stalna radna aktivnost i nakon umirovljenja je nužna s obzirom na pokazatelje koji ukazuju na povećanu želju onih koji se žele vratiti na posao, odnosno i dalje žele biti radno aktivni (1997: 8 %; 2012: 14,7 %) (19).

- **Medicinske sestre, posebice u primarnoj zdravstvenoj zaštiti trebaju educirati i poticati osobe starije životne dobi na pravilnu mediteransku prehranu koja je prilagođena njihovoj dobi i smanjenom metabolizmu te na taj način sprječavati pojavu pretilosti i pothranjenosti.**

Debljina, ali i pothranjenost kod osoba starije životne dobi izazivaju ozbiljne zdravstvene probleme te je potrebno vršiti edukaciju o pravilnoj prehrani i poticati tjelesnu aktivnost.

Uvidjevši nedostatak smjernica i prehrambenih standarda namijenjenih osobama starije životne dobi u RH, 2011. godine sastala se radna skupina eminentnih stručnjaka i izradila Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi. Izrađene su s ciljem podržavanja procjene nutritivnog statusa osoba starije životne dobi s rizikom od malnutricije te definiranja nutritivnih potreba osoba starije životne dobi (21).

Iako su ispitanici ovog istraživanja s područja Splitsko-dalmatinske županije gdje je zastupljena mediteranska prehrana, i očekuju se rezultati koji će ukazivati na uravnoteženost u prehrani, ovim istraživanjem je pokazano kako veći udio ispitanika ima prekomjernu tjelesnu težinu (50,6 %), a udio ispitanika koji imaju idealnu tjelesnu težinu poražavajući nizak (35,2 %), dok je udio pretilih (11,2 %) veći u odnosu na pothranjene (2,9 %).

Najjači doprinos ovog istraživanja je veliki broj ispitanika i detaljna procjena indikatora te smjernica, dok se kao ograničenje može navesti anketni upitnik koji je samoprocjenski i stoga ne mora odražavati stvarno stanje.

6. ZAKLJUČCI

Temeljem rezultata provedenog istraživanja, moguće je zaključiti sljedeće:

1. Ispitanici u ovom istraživanju imaju sveukupno veću razinu obrazovanja od ispitanika u istraživanju provedenog petnaest godina ranije iz čega se može donijeti zaključak kako će biti zahtjevniji u primanju zdravstvene skrbi.
2. Povećan je broj radne populacije u odnosu na populaciju prije 15 godina, što je najvjerojatnije uzrokovano ekonomskom krizom na ovom području.
3. Povećana je uzajamna međugeneracijska solidarnost, posebice po pitanju financijske pomoći.
4. Sve veći udio stanovnika ima neku vrstu grijanja.
5. Subjektivna procjena zdravlja ispitanika ovog istraživanja ukazuju na povećanje udjela onih koji misle kako im je zdravlje vrlo dobro u odnosu na ispitanike istraživanja provedenog petnaest godina ranije.
6. Najveći udio ispitanika nije u kategoriji idealne tjelesne težine.

7. LITERATURA

1. Tomek-Roksandić S. Osnove o starosti i starenju – vodič uputa za aktivno zdravo starenje. [Internet]. Zagreb: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo dr. A. Štampar – Referentni centar [cited 2015 Sept 22]. Available from: http://www.nzjz-split.hr/pdf/OSNOVE%20O%20STARENJU%20I%20STAROSTI.pdf
2. Galić S, Tomasović Mrčela N. i sur. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja. EU IPA IV Razvoj ljudskih potencijala. Projekt „Započnimo edukaciju sada kako bismo povećali opću odgovornost za skrb o starijim osobama“. [Internet]. Osijek: 2013 [cited 2015 Sept 11]. Available from: http://www.ss-medicinska-os.skole.hr/upload/ss-medicinska-os/images/static3/1236/File/prirucnik.pdf
3. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu. Zagreb: 2015.
4. Croatia.ch [Internet]. Baden: Hrvatski portal u Švicarskoj. c2008 [cited 2015 Sept 27]. Available from: http://croatia.ch/socijala/080826.php
5. Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije [Internet]. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije; c2007 [cited 2015 Sept 11]. Available from: http://www.nzjz-split.hr/druga_banneri.asp?id=27&menu_id=BA27
6. Čipin I, Akrap A, Knego J, Međimurec P, Đurđević K. Stručna podloga za izradu Strategije prostornog razvoja Republike Hrvatske: Demografski scenariji i migracije. Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet, Katedra za demografiju [Internet]. 2014 [cited 2015 Sept 11]. Available from: http://www.hzpr.hr/UserDocsImages/propisi/Demografski_scenariji_i_migracije.pdf
7. Mečev D, Vudrag N. Utjecaj demografskog procesa starenja na gospodarska kretanja u Republici Hrvatskoj. Praktični menadžment. 2012: 3(5) 37-41.
8. Smoljanović M, Vučica I. Zdravstveno stanje stanovnika starije dobi Splitsko-dalmatinske županije. Javno zdravstvo. 2014; 4:27-32.

9. Vučica I, Smoljanović A. Stanovništvo u dobi 65 i više godina Splitsko-dalmatinske županije. Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet]. 2011 [cited 2015 Sept 27]; 7(28). Available from: http://www.izlog.info/tmp/hcjz/clanak.php?id=12838
10. Bejaković P. Aktualni osvrt. Kako ublažiti posljedice demografskog starenja stanovništva Hrvatske? Institut za javne financije [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 17]; 45. Available from: http://www.ijf.hr/upload/files/file/osvrti/45.pdf
11. Vučica I. Međunarodni dan starijih osoba – 1. listopad [Internet]. Split: Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije; c2007 [cited 2015 Sept 11]. Available from: http://www.nzjz-split.hr/druga_linkovi.asp?id=169&menu_id=LK169&diban=BA27
12. Peračković K, Pokos N. U starom društvu – neki sociodemografski aspekti starenja u Hrvatskoj. Pregledni rad. Društvena istraživanja Zagreb [Internet]. 2015 [cited 2015 Sept 27]; 24(1) 89-110. Available from: http://www.pilar.hr/images/stories/dokumenti/drustvena_istrazivanja/127/di127_05perackovic.pdf
13. Zbornik sažetaka. V. Konferencija socijalnih radnika. Trogir [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept 25]. Available from: http://husr.hr/web/wp-content/uploads/2014/06/KnjigaSazetaka-Trogir_2012.pdf
14. Nejašmić I, Toskić A. Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive. Hrvatski geografski glasnik [Internet]. 2013 [cited 2015 Sept 27]; 75(1), 89-110. Available from: http://hrcak.srce.hr/file/155905
15. Podgorelec S, Klempić S. Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. Demografsko starenje i socijalna skrb. Migracijske i etničke teme. Zagreb: 2007; 23(1-2) 111-134.
16. Narodne novine. Zaključak. Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine. Zagreb: Narodne novine d.d.; 2007 (90)
17. Splitsko-dalmatinska županija [Internet]. Split: Splitsko-dalmatinska županija; c2015 [cited 2015 Sept 11]. Available from: http://www.dalmacija.hr/

18. Tomek-Roksandić S. i sur. Starije osobe iskoristivi potencijal razvoja hrvatskog gospodarstva. Pregled 2014. Stručni i znanstveni radovi. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. Zagreb [Internet]. 2015 [cited 2015 Sept 25]. Available from: http://www.stampar.hr/sites/default/files/sluzbe/docs/2015/pregled_radova_2014_web.pdf
19. Erceg M, Smoljanović A. Socijalno-medicinske značajke stanovništva starije dobi grada Splita. Split: Zavod za javno zdravstvo Županije splitsko-dalmatinske; 1998.
20. HALMED. Potrošnja lijekova u Hrvatskoj 2007.-2012. Statistički prikaz. Zagreb: Agencija za lijekove i medicinske proizvode - HALMED [cited 2015 Sept 25]. Available from: www.halmed.hr/upl/.../Potrosnja_lijekova_u_Hrvatskoj_2007-2012.pdf
21. Tomek Roksandić S. 179. Gerontološka tribina o smjernicama za prehranu starijih osoba. Zagreb: Hrvatski časopis za javno zdravstvo [Internet] 2011 [cited 2015 Sept 15]; 7(28). Available from: http://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/viewFile/331/338

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Ispitati zdravstvene i socijalne pokazatelje kod osoba starije životne dobi na području Splitsko-dalmatinske županije. Utvrditi koji zdravstveni i socijalni pokazatelji utječu na razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi na području Splitsko-dalmatinske županije i usporediti s rezultatima prve primjene anketnog upitnika te izraditi smjernice za daljnji razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi.

Metode: Ovo istraživanje ustrojeno je kao presječna studija. Rezultati istraživanja uspoređuju se s rezultatima prve primjene anketnog upitnika s vremenskom zadrškom od 15 godina. Izvor podataka je bio anketni upitnik kojim su obuhvaćena pitanja o socijalnim i zdravstvenim značajkama ispitivanog stanovništva. Provedeno je istraživanje na osnovu prikupljenih podataka dobivenih jednokratnim anketiranjem u studenom 2012. godine, koje je provedeno u sklopu izvođenja nastave predmeta „Medicinska sociologija“ ak.god. 2012/2013. Sveučilišnog preddiplomskog studija prve godine Sveučilišnog Odjela zdravstvenih studija. U istraživanje je uključeno 784 ispitanika starije životne dobi (65 godina i više).

Rezultati: Rezultati ovog istraživanja pokazali su kako zdravstveni i socijalni pokazatelji imaju utjecaja na funkcionalni status osoba starije životne dobi, posebice u samostalnom obavljanju svakodnevnih aktivnosti, što utječe na potrebe za zdravstvenom skrbi.

Zaključci: Istraživanje je pokazalo da ispitanici u ovom istraživanju imaju sveukupno veću razinu obrazovanja od ispitanika u istraživanju provedenog petnaest godina ranije iz čega se može donijeti zaključak kako će biti zahtjevniji u primanju zdravstvene skrbi. Povećan je broj radne populacije u odnosu na populaciju prije 15 godina, što je najvjerojatnije uzrokovano ekonomskom krizom na ovom području. Povećana je uzajamna međugeneracijska solidarnost, posebice po pitanju financije pomoći. Sve veći udio stanovnika ima neku vrstu grijanja. Subjektivna procjena zdravlja ispitanika ovog istraživanja ukazuju na povećanje udjela onih koji misle kako im je zdravlje vrlo dobro u odnosu na ispitanike istraživanja provedenog petnaest godina ranije. Najveći udio ispitanika nije u kategoriji idealne tjelesne težine. Sve ovo upućuje na potrebu izrade smjernica za daljnji razvoj zdravstvene njege osoba starije životne dobi te poticanjem medicinskih sestara na svim razinama zdravstvene zaštite da se aktivnije uključe u promociju zdravlja starijih osoba.

9. SUMMARY

Research objectives: The aim of this study to investigate the health and social indicators regarding the senior citizens in Split-Dalmatia County area. To determine which health and social indicators influence the development of health care of senior citizens in Split-Dalmatia County and compare it with results obtained by the questionnaire's first application and develop guidelines for further development of senior citizens health care respectively.

Methods: The structure of this research is a cross-sectional study. The results of this study are compared with the results of the questionnaire' first application with a 15-year time gap. The source of the information was a questionnaire which already included all related questions regarding social and health issues regarding the population questioned. In November 2012, the study has been conducted based on the one-time interviewing within the course "Medical sociology" AY 2012/2013. at the first year of the University undergraduate study at the University Department for Health Studies. This study included 784 subjects of the senior age (65 years old and over).

Results: The results of this study have shown the impact of health and social indicators on the functional status of elderly people, especially on the independence in performing of their daily activities, which influence the need for health care.

Conclusions: The results of this study show that the examinees in this study have an overall higher level of education than the examinees in the study conducted fifteen years earlier which leads to the conclusion that they will be more demanding regarding receiving health care. Working population has grown in relation to 15 years ago which is most probably highly affected by the economic crisis in this area. Solidarity among generations has increased, especially in regards to financial assistance. Increased share of the citizens have some kind of heating system in their homes. Subjective assessment of the health of the examinees of this study indicates an increase in the share of those who think that their health is very good compared to examinees of the study conducted fifteen years earlier. The largest share of the examinees do not have an ideal body weight. All this implies the need of development of guidelines for further senior citizens health care development as well as encouragement of nurses on all levels of health to involve into elderly health care promotion more actively.