

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Božica Jurinec

Sestrinska skrb u gerontologiji

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2018.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Božica Jurinec

Sestrinska skrb u gerontologiji

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2018.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc.dr.sc. Miroslava Hanževački te je na ocjenu predan u akademskoj godini 2017/2018.

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Starost i starenje	2
2.1. Teorije starenja.....	2
2.2. Specifičnosti starije životne dobi.....	6
3. Gerontologija.....	10
4. Gerontološka javnozdravstvena djelatnost	12
5. Temelji sestrinske skrbi u gerontologiji.....	15
5.1. Koncepti sestrinske skrbi	15
5.1.1. Roper – Juchli model	17
5.1.2. Fiechter – M. Meier model	18
5.2. Etička načela sestrinske skrbi	22
6. Prikaz sestrinske skrbi u gerontologiji u svijetu.....	24
7. Prikaz sestrinske skrbi u gerontologiji u Hrvatskoj.....	28
7.1. Razvoj sestrinske skrbi	28
7.2. Organizacija sestrinske skrbi	31
7.2.1. Skrb za starije osobe u bolničkim ustanovama.....	32
7.2.2. Skrb za starije osobe u vlastitom domu	33
7.2.3. Skrb za starije osobe u ustanovama trajnog boravka.....	35
8. Suvremena vizija medicinske sestre u gerontologiji.....	36
9. Zaključak.....	38
10. Zahvale.....	39

11. Dodaci.....	40
11.1. Popis slika	40
11.2. Popis tablica	40
12. Literatura.....	41
13. Životopis.....	44

Sažetak

Sestrinska skrb u gerontologiji

Božica Jurinec

Starost je starija dob karakterizirana fiziološkim promjenama te specifičnom socijalnom ulogom. Gerontologija je znanstvena disciplina koja proučava starost kao kronološku dob sa specifičnostima u socijalnoj ulozi pojedinca. 2013. godine Ministarstvo zdravstva imenovalo je Referentni centar za zaštitu zdravlja starijih osoba koji provodi gerontološku javnozdravstvenu djelatnost.

Gerontološka sestrinska skrb dinamičan je proces između starije osobe i medicinske sestre koji se objašnjava u brojnim teoretskim konceptima od kojih je najpoznatiji Roper – Juchli i V. Fiechter – M. Meier.

Budući da je sestrinska skrb u gerontologiji, odnosno gerijatrijska / gerontološka zdravstvena njega u Hrvatskoj u povojima, gerontološku skrb provode medicinske sestre na svim razinama zdravstvene zaštite analogno razini obrazovanja. Sestrinska skrb podijeljena je na skrb u bolničkim ustanovama, skrb u vlastitom domu te skrb u ustanovama trajnog boravka. Sestrinska skrb za starije osobe najvećim djelom provodi se na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

U ovom radu biti će prikazana gerontološka sestrinska skrb u svijetu, teorije sestrinske skrbi, odrednice gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege, kompetencije gerijatrijske / gerontološke medicinske sestre, organizacija sestrinske skrbi u Hrvatskoj te uloga sestre u gerontologiji.

Ključne riječi: starost i starenje, gerontologija, gerontološka javnozdravstvena djelatnost, koncepti sestrinske skrbi, gerijatrijska / gerontološka zdravstvena njega

Summary

Nursing Care in Gerontology

Božica Jurinec

An age, as an old age is characterized by physiological changes and a specific social role. Gerontology is a scientific discipline that studies age as a chronological age with specifics in the social role of an individual.

The Ministry of Health of the Republic of Croatia, in the year 2013, established the Reference Centre for Health Care of Elderly People which implements public health activities in the field of gerontology.

Gerontological nursing care is a dynamic process between the elders and nurses, being the main topic of interest of various theoretical concepts, most notably Roper / Juchli and V. Fiechter - M. Meier.

Since the gerontology nursing care, i.e. geriatric/gerontology nursing care in Croatia has just been profiled as a scientific and practical discipline, gerontological nursing care is implemented by nurses at all levels of health care, analogue to the level of their education.

Nursing care is divided to care in hospital facilities, home-care and is divided to care in society and in institutions providing full accommodation. Nursing care for elderly people is mostly based on primary health care.

In this paper, I am going to present global gerontology nursing care practice, nursing care theories, geriatrics / gerontology nursing care principles, geriatric / gerontology nurse competencies, nursing care organization in Croatia and nurse's role in gerontology.

Key words: old age and aging, gerontology, gerontology and public health practice, nursing care concepts, geriatric / gerontological nursing care

Popis korištenih kratica

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

DZS – Državni zavod za statistiku

RCMZ – Referentni centar ministarstva zdravstva

MZ – Ministarstvo zdravstva

CZG – Centar za zdravstvenu gerontologiju

NZJZ – Nastavni zavod za javno zdravstvo “Dr. Andrija Štampar”

GEROS – sustav za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika povezan sa centralnim zdravstvenim sustavom

UN – Ujedinjeni narodi, međunarodna organizacija za održavanje mira i sigurnosti u svijetu

CEZIH – centralni zdravstveni sustav Republike Hrvatske

KGUMS – Kanadska gerontološka udruga medicinskih sestara, prema engleskom terminu Canadian Gerontological Nursing Association (CGNA)

NIIMS – Nacionalni institut za istraživanja medicinskih sestara, prema engleskom terminu National Institute of Nursing Research (NINR)

GMSNP – gerontološka medicinska sestra za naprednu praksu, prema engleskom terminu Gerontological Advanced Practice Nurse (GAPN)

GMSKS – gerontološka medicinska sestra specijalizirana za kliničko sestrinstvo, prema engleskom terminu gerontological clinical nurse specialist (GCNS)

HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara

NN – Narodne novine

1. Uvod

Demografski pokazatelji Državnog zavoda za statistiku (DZS) i Centra za zdravstvenu gerontologiju (CZG) Nastavnog zavoda za javno zdravstvo (NZJZ) "Dr. Andrija Štampar" pokazuju tendenciju porasta udjela starijih osoba u općoj populaciji. Prema podacima iz 2011. godine udio starijih osoba iznosio je 17,7 % dok je 2014. iznosio 18,62 %. (tablica 1.). S obzirom na značajan trend iseljavanja mlađeg i radno aktivnog stanovništva, za očekivati je da je trenutni udio starijih još veći.

Tablica 1. Prikaz udjela osoba starijih od 65 godina u 2011. i 2014. godini (DZS i CZG NZJZ "Dr. Andrija Štampar")

RAZDOBLJE	2011. GODINA	2014. GODINA
UDIO STARIJIH OD 65 GODINA	17,7%	18,62%

Starije osobe predstavljaju vulnerabilnu populacijsku skupinu čije su potrebe raznovrsne i vrlo specifične. Sve potrebe su međusobno isprepletene i povezane te suštinski predstavljaju nerazdvojivu cjelinu. Upravo iz tog razloga postoji potreba razvoja gerontološke sestrinske skrbi, odnosno gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege.

2. Starost i starenje

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca koje se može ocijeniti prema kronološkoj dobi, prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon umirovljenja) ili prema funkcijskom statusu (npr. nakon određenog stupnja smanjivanja sposobnosti). (Duraković 2007.)

Prema kronološkoj dobi Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) starost dijeli na raniju starost 65 – 74 godina, srednju 75 – 84 godina i duboku starost od 85 i više godina. (Roksandić et al 2005.) Dobna granica kojom se ljudi smatraju starijim osobama prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda (UN) je 65 godina.

Za razliku od starosti, starenje predstavlja *proces fiziološkog i progresivnog gubitaka stanične regulacije zbog kojeg se smanjuje interakcija između tkiva i organa. (Duraković 2007.)*

2.1. Teorije starenja

Postoje brojne teorije kojima se nastoje obrazložiti procesi starenja. Teorije su uglavnom argumentirane usmjerenošću istraživača na određeno znanstveno područje, prema čemu su koncipirane kao biološke, psihološke i sociološke teorije.

Biološke teorije

Biološke teorije objašnjavaju uzroke i proces starenja na razini stanica, organa i organizma kao cjeline. Mogu se podijeliti u skupinu genetskih teorija, skupinu fizioloških teorija i skupinu promjena funkcije organa.

➤ Genetske teorije starenja

Genetske teorije su teorija pogreške, teorija somatske mutacije i teorija programiranog starenja. Prema teoriji pogreške obavijest koja se šalje DNK i RNK podložna je biokemijskoj pogrešci. Kod intenzivnije izmijenjene tvari veća je mogućnost pogreške te brže starenje.

Prema teoriji somatske mutacije u organizmu se događaju mutacije koje rezultiraju starenjem. Teorija programiranog starenja govori o postojanju specifičnih gena koji dovode do promjena u stanicama. Analogno tome postoji unaprijed određen plan starenja koji se aktivira nakon reproduktivne zrelosti.

➤ Fiziološke teorije starenja

Teorije fiziološkog starenja su teorija slobodnih radikala, teorija unakrižne povezanosti i teorija nakupljanja otpadnih tvari.

Teorija slobodnih radikala objašnjava starenje kao rezultat nakupljanja slobodnih radikala. Slobodni radikali u tijelu stvaraju se iz tvari unesenih hranom ili iz atmosfere tijekom metaboličkih reakcija.

Teorija unakrižne povezanosti temelji se na promjenama molekula uključujući one koje prenose obavijesti: DNK i RNK. Između molekula stvaraju se kovalentne veze čiji je rezultat gubitak funkcije molekula, što u konačnosti dovodi do propadanja stanica.

Teorija nakupljanja otpadnih tvari temelji se na nalazu lipofuscina (pigmenta starenja) koji se starenjem nakuplja u tkivima i organima čime ometa funkciju stanica.

➤ Teorije promjene funkcije organa

Teorije promjene funkcija organa uključuju imunološke i neuroendokrinološke teorije. Teorije se međusobno isprepliću. Imunološka teorija temelji se na promjeni imunološkog sustava koji starenjem postaje manje učinkovit. (Duraković 2007.)

Neuroendokrinološka teorija objašnjava starenje kao poremećaj unutarnje koordinacije i kontrole organizma (npr. smanjeno izlučivanje spolnih hormona, osobito estrogena kod žena stvara uvjete za razvoj osteoporoze. (Despot Lučanin 2003.)

Psihološke teorije

Psihološke teorije objašnjavaju psihički razvoj čovjeka kroz životni vijek te faktore koji utječu na psihički razvoj. Dijele se na teoriju tijeka ljudskog života C. Bühler, teoriju životnih razdoblja C.G.Junga, razvojne zadatke prema R. Havighurstu, teoriju psihosocijalnog razvoja E.Eriksona, teoriju životnog ciklusa D. Levinsona, dijalektičku te psihosocijalnih procesa razvoja, sažimanja aktivnosti i postignuća.

Teorija životnih razdoblja C. G. Junga razmatra psihički razvoj čovjeka kroz čitav životni vijek.

Model razvoja kroz životni vijek strukturiran je na razvojnim zadacima R. Havighursta. Objašnjava razvojne zadatke starosti kao prihvaćanje gubitaka te uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života u određenim okolnostima. Prema Havighurstu razvojni zadaci uključuju adaptaciju na smanjenu tjelesnu snagu, na umirovljenje i smanjeni prihod, na smrt supružnika, uspostavljanje jasne pripadnosti vlastitoj dobnoj skupini, ispunjavanje socijalnih i građanskih obaveza te uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života.

Teorija psihosocijalnog razvoja E.Eriksona proširuje teoriju psihoseksualnog razvoja na čitav životni vijek uključujući i socijalnu okolinu. E. Erikson ljudski razvoj objašnjava kroz osam stadija. Svaki od njih obilježen je karakterističnim izazovom ili krizom. Uspješno rješavanje krize iz ranijih stadija utječe na to kako će se osoba nositi sa svakim slijedećim stadijem. Pet razvojnih stadija odnosi se na djetinjstvo i mladost, a tri na odraslu dob i starost. Prema Eriksonu u starosti dolazi do evaluacije života i postignuća te do psihosocijalnih pitanja i problema.

Prema teoriji životnog ciklusa D. Levinsona razvoj u odrasloj dobi odvija se kroz izmjenu razdoblja stabilnosti s razdobljima prijelaza. Dijalektička analiza razvoja K. Riegela prati razvojne procese promjena. Prema ovoj teoriji postoji stalna interakcija s drugim dimenzijama unutarnja – biološka, individualna – psihološka, kulturna – sociološka te vanjska – fizička.

Većina suvremenih psihologa smatra da je starenje napredovanje kroz nove životne izazove i prilike. (Despot Lučanin 2003.)

Socijalne teorije

Socijalne teorije obuhvaćaju makroteorije, mikroteorije te socijalno povezujuće teorije. Prema makroteoriji starenje se objašnjava kao rezultat pasivne izloženosti društvenim i kulturnim utjecajima. Prema mikroteoriji starenje se objašnjava na razini pojedinca, njegove uloge u društvu i socijalnog statusa. Socijalno povezujuće teorije objašnjavaju starenje kao povezanost socijalne strukture s pojedincem te njegovim interakcijama koje mogu naglasiti ili umanjiti društvenu aktivnost starije osobe. (Despot Lučanin 2003.)

Novije teorije

Novije teorije definiraju prilagodbu ličnosti na starenje, obuhvaćaju teoriju ekoloških sustava U. Bronfenbrenner, kognitivnu teoriju starenja H. Thomae i kognitivnu teoriju prilagodbe na starenje J. Brandtstädter.

Teorija ekoloških sustava U. Bronfenbrenner definira starenje iz ekološke perspektive.

Kognitivna teorija starenja H. Thomae objašnjava da su zadovoljstvo životom i subjektivna dobrobit pokazatelji psihofizičke ravnoteže starije osobe.

Navodi tri temeljne prilagodbe na starenje;

- a) prilagodba je povezana s percepcijom promjene, a ne objektivnom promjenom (npr. osoba vlastito zdravlje procjenjuje kao dobro iako boluje od neke kronične bolesti),
- b) promjene se percipiraju i pamte u skladu s vlastitim očekivanjima (npr. osoba vlastito zdravlje procjenjuje kao dobro u usporedbi s vršnjacima)
- c) prilagodba osobe na životne izazove i probleme starosti ovisi o postignutoj ravnoteži između kognitivnih i motivacijskih struktura pojedinca (npr. osoba procjenjuje da je dobro sve dok se može sama brinuti o sebi).

Kognitivna teorija prilagodbe starenju J. Brandtstädter temelji se na oblicima suočavanja starije osobe s percipiranim ili očekivanim razvojnim zadacima, koji uključuju aktivno prilagođavanje,

prilagođavanje ciljeva ograničenjima i situaciji te obrađivanje podataka negacijom prijetećih informacija o sebi. (Despot Lučanin 2003.)

2.2. Specifičnosti starije životne dobi

Specifičnosti starije životne dobi ogledaju se kroz prevladavanje regresivnih procesa koji dovode do smanjenja organa, oskudnosti tkiva i promjene organskih sustava (promjene krvožilnog sustava, respiratornog, koštanog, mokraćnog, imunološkog, probavnog, endokrinološkog, reproduktivnog, osjetilnog sustava te kože).

➤ Promjene krvožilnog sustava

Postepeno se javljaju promjene krvožilnog sustava. U stjenkama arterija povećava se količina kolagena. Elastičnost stjenke se smanjuje te arterije postaju rigidne.

Stijenka vena odeblja te vene koje su pod utjecajem povišenog tlaka postaju zavijene. Smanjuje se masa srčanog mišića što rezultira promjenom oblika srca iz kruškastog u okrugli. U subepikardnim područjima nakupljaju se veće količine masti. Dolazi do usporavanja frekvencije srca. (Duraković 2007.)

➤ Promjene respiratornog sustava

Pluća postaju manje elastična. Neelastični postaju zglobovi između prsne kosti i rebra te kralježnica, što rezultira smanjenjem širenja prsnoga koša pri disanju.

Vitalni kapacitet pluća se smanjuje. Što uzrokuje smanjeno primanje kisika te smanjenje arterijske saturacije kisikom. Broj alveola se ne mijenja, ali se smanjuje njihova površina. Smanjuje se količina trepetljika na sluznici dišnih putova s čime se smanjuje obrana protiv udahnutih čestica. (Duraković 2007.)

➤ Promjene živčanog sustava

Protok krvi kroz mozak smanjuje se za oko 20 % počevši od četrdesetog desetljeća. (Duraković 2007.) Promjene živčanog sustava odnose se na sporiji protok živčanih impulsa, usporavanje centralnih procesa u mozgu te slabljenje osjetila putem kojih podražaji ulaze u živčani sustav. (Duraković 2007.)

➤ Promjene koštanog sustava

Mineralni sastav kostiju gubi se za oko 10 %. (Duraković 2007.)

Zglobna hrskavica postaje žute boje, gubi elastična svojstva i na mjestima koja su više mehanički opterećena, postaje tanja. Sternokostalni zglobovi i kralješnica postaju neelastični što otežava širenje prsnog koša pri disanju. Na intervertebralnim hrskavicama te zglobovima (kuka, koljena, prstima šaka, rukama, stopalima) nastaju artroze. (Duraković 2007.)

➤ Promjene mokraćnog sustava

U bubrezima starijih osoba događaju se funkcijske i organske promjene. Bubrežni parenhim, glomeruli i tubuli atrofiraju te se smanjuje broj kapilara. (Duraković 2007.)

➤ Promjene imunološkog sustava

Učinkovitost imunološkog sustava u odnosu na razdoblje puberteta smanjuje se za 10-20 puta pa starije osobe imaju povećanu sklonost razvoju infekcija, zloćudnih i autoimunih bolesti. (Duraković 2007.)

➤ Promjene probavnog sustava

Tijekom starenja smanjuje se sekrecija sline. Smanjuje se motilitet jednjaka i crijeva što otežava prolazak hrane iz jednjaka u želudac i pražnjenje crijeva.

Smanjuje se sekrecija želuca te povećava pH želučanog soka što pridonosi razvoju gastritisa. Jetra involvira i agumentira se vezivno tkivo. Smanjuje se regeneracija jetre i protok krvi. Stoga postoji hipersenzitivost na određene lijekove, primjerice barbiturate. Gubitkom zubala i atrofije sluznice usne šupljine smanjuje se okusna funkcija, pa su starije osobe sklonije malnutriciji. (Duraković 2007.)

➤ Promjene endokrinog sustava

Endokrine žlijezde (hipofiza, štitnjača, nadbubrežne žlijezde, gušterača) smanjuju se i involviraju. Gušterača proizvodi nedovoljnu količinu inzulina ili inzulina smanjene djelotvornosti što dovodi do oslabljene učinkovitosti uklanjanja šećera iz krvi. Folikuli i stanice štitnjače atrofiraju pa štitnjača izlučuje manje hormona. Što ima za posljedicu smanjenje bazalnog metabolizma. (Duraković 2007.)

➤ Promjene reproduktivnog sustava

Reproduktivni sustav počinje involvirati od 30 – 40 godine života.

Kod žena zbog snižavanja razine estrogena izostaje ovulacija, smanjuje se maternica te gubi elastičnost vagine. Dojke se smanjuju i nadomještaju vezivnim tkivom.

Kod muškaraca dolazi do bujanja intersticijskog tkiva testisa te smanjenja broja spermatogenih stanica i spermija. Nakon pedesete godine, pojavljuje se hipertrofija prostate. Stoga je prisutno otežano mokrenje i retencija urina. (Duraković 2005.)

➤ Promjene osjetilnog sustava

Promjene koje se javljaju starenjem zahvaćaju vidne i slušne organe. Nakon četrdesete godine života dolazi do promjena na oku. Koža vjeđa se stanjuje i gubi elastičnost. Sužavaju se suzni kanali i atrofiraju suzne žlijezde što uzrokuje slabiju vlažnost očiju i češću pojavu upala. Slabi vidna oštrina što za posljedicu ima miopiju i hipermiopiju. Sve češća je pojava katarakte senilis. Leće gube sposobnost akomodacije, skleroziraju.

U uhu je prisutno pojačano stvaranje cerumena. Povećava se mogućnost nastanka tinitusa i prezbiakuzije. (Duraković 2007.)

➤ Promjene kože

U starijoj dobi dolazi do fizioloških promjena u izgledu i funkcioniranju kože i potkožnoga tkiva. Smanjuje se broj germinativnih stanica kako žlijezda znojnica tako i lojnica. Koža gubi elastičnost, postaje tanja i suha. Stoga postoji mogućnost svrbeža i infekcija.

U mnogim dijelovima tijela gubi se potkožno masno tkivo pa koža počinje gubiti svojstvo izolatora topline. (Duraković 2007.)

Starija životna dob je, osim fizioloških promjena organizma, determinirana i promjenom socijalne uloge te odnosa. Pojedinac dosadašnje društvene uloge zamjenjuje ulogama primjerenima za životnu dob.

Promjena uloge započinje poslije 65 godine kad se iz radno aktivne faze prelazi u umirovljeničko razdoblje. (Lovreković 2010.) Potreba za radom i profesionalnim ostvarivanjem razvojni je izazov i životna uloga. (Akademija medicinskih znanosti Hrvatske 1999.) Odlazak u mirovinu ima negativne osobine za stariju osobu, a i za društvo u cjelini. Iz perspektive starijih osoba označava socijalnu marginalizaciju, osamljenost i smanjena sredstva za život dok iz perspektive društva predstavlja teret uzdržavanja starijih osoba. (Lovreković 2010.)

Hrvatska gerontološka istraživanja ukazuju da starija dob povećava rizik za nastanak bolesti. Bolesti imaju za posljedicu nastanak sindroma 4 N, koji označava nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i nekontrolirano mokrenje. Sindrom 4 N predstavlja gerontološki javnozdravstveni problem. Odražava se u funkcionalnoj onesposobljenosti te povećanom broja padova.

Prema podacima DZS i CZG NZJZ iz 2011. godine vidljivo je povećanje broja osoba starijih od 65 godina u odnosu na fizičku pokretljivost i obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Podaci pokazuju da broj sasvim pokretnih osoba iznosi 49,33 %, djelomično pokretnih uz pomagalo (štap) 38,14 %, trajno ograničeno pokretnih uz pomoć invalidskih kolica 1,80 % te trajno nepokretnih 3,82 %. Podaci pokazuju da učestalost osoba s teškoćama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti iznosi 46,49 %.

Prema Karl et al., 2000. godišnja incidencija pada kod osoba starijih od 65 godina koje žive samostalno iznosi oko 25 % te se povećava na 50 % u osoba starijih od 80 godina.

3. Gerontologija

Gerontologija je interdisciplinarna znanost o procesima starenja koja uključuje biološke, fiziološke, psihološke, kognitivne i socijalne aspekte starenja.

Izraz gerontologija proizlazi iz grčkog termina geron što označava starac i logos što označava znanost.

U europskim zemljama pod pojmom gerontologija često se podrazumijeva gerijatrija. Međutim za razliku od gerontologije, gerijatrija predstavlja uže područje medicine koja se bavi liječenjem, dijagnostikom, rehabilitacijom bolesnih starijih osoba te sprječavanjem nastanka bolesti u starijih osoba. (Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.) Taj pristup je dominantan kako u Hrvatskoj tako i u većem dijelu Europe.

Termin gerontogija prvi put je upotrijebio Elie Metchnikoff 1903. godine u Biološkoj studiji starenja. 1938. godine u Kijevu je održana 1. konferencija o starenju. 1940. godine u Europi i SAD-u razvijaju se instituti za gerontološka istraživanja. 1950. godine osniva se 1. udruženje gerontologa.

1958. godine u Zagrebu se objavljuje knjiga prof. dr. Franje Kogejca "Simpozij o gerontologiji". 1974. godine prof.dr.sc. Nada Smolić-Krković u svojoj knjizi ističe potrebu za razvojem gerontologije u Hrvatskoj. (Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.)

Razvoj gerontologije povezuje se s produljenjem prosječnog životnog vijeka s 18 na 70 do 80 godina, demografskom eksplozijom te promjenom procesa unutar obitelji. Prosječni životni vijek u brončano doba trajao je 18 godina, početkom nove ere 22 godine, u 18. stoljeću 34 godine, u 19. stoljeću 41 godinu te danas u prosjeku 70 do 80 godina. Više generacijske obitelji zamijenjene su dvogeneracijskim obiteljima. (Duraković 2007.)

1984. godine otvora se postdiplomski studij iz gerontologije. (Akademija medicinskih znanosti Hrvatske 1999.).

Glavna skupština Ujedinjenih naroda (UN) i SZO proglašava 1999. godinu Međunarodnom godinom starijih osoba. Sukladno tome u Hrvatskoj se održavaju međunarodne konferencije o zaštiti zdravlja starijih osoba. Ističe se potreba napuštanja biomedicinskog pristupa u zdravstvenoj skrbi za starije osobe orijentiranog na bolest i biološko funkcioniranje te važnost gerontološkog pristupa.

2004. godine u Europskom parlamentu usvaja se Deklaracija o zdravstvenoj skrbi za starije osobe. Time se pokreće rješavanje gerontoloških pitanja u primjeni sveobuhvatne zaštite zdravlja starijih osoba. (Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.)

4. Gerontološka javnozdravstvena djelatnost

Zdravstvena djelatnost u Hrvatskoj organizirana je na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini.

2013. godine imenovan je Referentni centar za zaštitu zdravlja starijih osoba koji djeluje u sklopu Službe za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (NZZJZ) i surađuje sa županijskim Zavodima za javno zdravstvo, grada Zagreba i Hrvatske. (Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.)

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti zdravstvena skrb stanovništva provodi se na državnoj, regionalnoj i lokalnoj razini. Provodi se prema načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (NN 150/2008, 71/10) te gerontološkog pristupa u skrbi za starije osobe.

Gerontološki pristup predstavlja individualizirani i holistički pristup. Omogućuje utvrđivanje čimbenika bolesnog starenja.

Gerontološko – javnozdravstvena djelatnost u Hrvatskoj definirana je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 85/2006, 126/2006).

Sukladno Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020. Zakonom su propisane mjere gerontološko – javnozdravstvene zaštite te definirani gerontološko – javnozdravstveni timovi (NN 156/2013, 24/2014).

Mjere gerontološko – javnozdravstvene zaštite obuhvaćaju:

- Praćenje, proučavanje, planiranje, projekciju, evaluaciju te izvještavanje o zdravstvenim potrebama i funkcionalnoj sposobnosti gerontoloških i gerijatrijskih osiguranika.
- Vođenje registra s podregistrom stogodišnjaka i podregistrom oboljelih od alzheimerove bolesti i drugih demencija.

- Provođenje sustava za praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika preko centralnog zdravstvenog sustava republike hrvatske
- Koordinaciju, stručno-metodološku pomoć, edukaciju i reedukaciju provoditelja zaštite zdravlja i zdravstvene zaštite starijih u institucijskoj i izvan institucijskoj skrbi
- Provođenje trajne edukacije iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege putem gerontoloških tribina, gerontoloških tečajeva s naglaskom na važnosti interdisciplinarnog gerontološkog pristupa
- Izradu, planiranje, predlaganje i evaluaciju programa/ normi zdravstvenih mjera i postupaka u zaštiti zdravlja starijih
- Izradu, planiranje, predlaganje i evaluaciju programa osnovnih geroprofilaktičkih mjera primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije s vodičem uputa za aktivno zdravo i produktivno starenje
- Izradu gerontološko – javnozdravstvenih normi i smjernica
- Znanstveno – istraživačku i publicističku gerontološko – javnozdravstvenu djelatnost

(Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.)

Mjere gerontološko – javnozdravstvene zaštite provodi gerontološki – javnozdravstveni tim.

Gerontološki javnozdravstveni tim sastoji se od:

- liječnika specijaliste javnog zdravstva ili epidemiologije educiranog iz gerontologije te opće i obiteljske medicine
- diplomirane gerijatrijske medicinske sestre / tehničara educiranog iz gerijatrijske zdravstvene njege, nutricioniste, magistra ekonomije, gerontokineziologa, psihogerijatara, rehabilitatora educiranog iz gerontologije
- prvostupnice sestrinstve, prvostupnika radne terapije za starije osobe doeduciranog iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege

(Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.)

Provode se programi promicanja kvalitete života čime se starijim osobama omogućava zadržavanje vlastite neovisnosti. (Duraković 2005.)

Osnivaju se multifunkcijski centri izvan institucijske skrbi starijih osoba u lokalnoj zajednici tzv. gerontološki centri. (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske 2012.) U sklopu gerontoloških centara provode se Programi preventivnih pregleda, primarne prevencije, okupacijsko rekreacijske radne aktivnosti, zdravstveno, psihološko i pravno savjetovanje, usluge gerontoservisa, dnevnog boravka, posudionice ortopedskih pomagala, zdravstvene njege i pomoći u kući. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.)

U tijeku je implementacija sustava Geros koji je povezan s centralnim zdravstvenim sustavom. Geros omogućuje praćenje i evaluaciju zdravstvenih potreba i funkcionalnih sposobnosti gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika. Predstavlja poveznicu između primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite, domova za starije osobe i udomiteljskih obitelji u socijalnom sustavu kojom bi se unaprijedila međusobna komunikacija.

(Služba za javnozdravstvenu gerontologiju - Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba 2015.)

5. Temelji sestrinske skrbi u gerontologiji

Temelji sestrinske skrbi u gerontologiji opisuju, objašnjavaju i propisuju način skrbi za starije osobe.

5.1. Koncepti sestrinske skrbi

Polazište u izradi koncepta sestrinske skrbi za starije osobe ima Maslowljeva teorija motivacije. Prema teoriji motivacije A.G.Maslowa životne potrebe svrstavaju se u pet kategorija; fiziološke potrebe, potrebe za sigurnošću, afilijativne potrebe, potrebe za poštovanjem te potrebe za samoaktualizacijom. (Maslow 1970.) (slika 1.)



Slika 1. Maslowljeva hijerarhija potreba

Maslowljeva teorija uvelike je utjecala na razvoj teorije V. Henderson.

V. Henderson, zdravstvenu njegu definira kao *pomoć pojedincu zdravom ili bolesnom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju samostalnosti pojedinca.* (Tomek-Roksandić et al 2012.)

V. Henderson je definirala osnovne ljudske potrebe te ih svela u 14 kategorija; disanje, unos hrane i tekućine, eliminacija otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja tijela, spavanje i odmor, održavanje normalne temperature tijela, održavanje osobne higijene, izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikacija, vjerske potrebe, obavljanje svrsishodnog rada te rekreacija učenje, istraživanje i zadovoljavanje znatiželje (slika 2.)



Slika 2. Osnovne ljudske potrebe prema V.Henderson

Najpoznatiji teoretski koncepti kojima se definiraju specifičnosti sestriinske skrbi starijih osoba su Roper – Juchli i V. Fiechter - M. Meier.

5.1.1. Roper – Juchli model

Roper – Juchli model temelji se na teoriji zdravstvene njege V. Henderson te modelu životnih aktivnosti N. Roper, W. Logan i A. Tierney.

Model životnih aktivnosti N. Roper, W. Logan i A. Tierney uključuje slijedeće aktivnosti: izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikaciju, disanje, uzimanje hrane i tekućine, eliminaciju otpadnih tvari, održavanje higijene i odjevanje, kretanje, rad i rekreaciju, seksualne potrebe i aktivnosti, spavanje i umiranje.

Roper – Juchli model definirale su Liliane Juchli, švicarska znanstvenica zdravstvene njege i Nancy Rooper, engleska znanstvenica zdravstvene njege.

Teorijom Roper – Juchli starija osoba zauzima središte profesionalnog djelovanja.

Životne aktivnosti prilagođene su potrebama starijih osoba te biološkim, psihološkim, sociokulturnim, okolišnim i političko – ekonomskim čimbenicima. Biološki čimbenici uključuju postojanje bolesti, ozljede, anatomiju i fiziologiju, psihološki uključuju utjecaj emocija, spoznaju, duhovna vjerovanja i mogućnost razumijevanja, sociokulturni utjecaj društva i kulture na pojedinca, okolišni utjecaj okoliša, ali i utjecaj tih aktivnosti na okoliš te političko – ekonomski utjecaj vlade, politike i ekonomije. (Tomek – Roksandić et al. 2012.)

Prema modelu Roper – Juchli životne aktivnosti uključuju; odmor i spavanje, pokretnost, pranje / njega tijela i oblačenje, prehrana i tekućina, eliminacija stolice i i urina, regulacija tjelesne temperature, disanje, briga o vlastitoj sigurnosti, radna aktivnost, komunikaciju, psihosocijalnu aktivnost te osobitosti u odnosu žena/ muškarac. (tablica 2.)

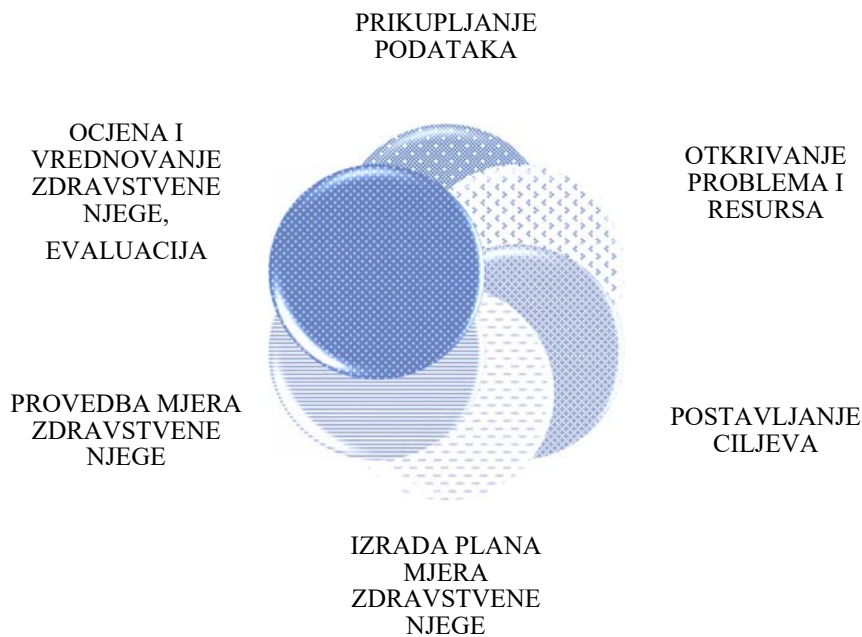
Životne aktivnosti su međusobno povezane te imaju utjecaj na zdravlje starije osobe. (Tomek – Roksandić et al. 2012.)

Tablica 2. Model Roper – Juchli – 12 aktivnosti svakodnevnih životnih potreba

1. odmor i spavanje	2. radna aktivnost
3. pokretnost	4. komunikacija
5. pranje tijela i oblačenje	6. disanje
7. prehrana i tekućina	8. briga o vlastitoj sigurnosti
9. eliminacija stolice i urina	10. psihosocijalna aktivnost
11. regulacija tjelesne temperature	12. osobitosti u odnosu žena / muškarac

5.1.2. Fiechter – M. Meier model

Model V. Fiechter – M. Meier temelji se na znanstvenim principima i principima gerijatrijske zdravstvene njege. Označava prilagođavanje individualnim potrebama starije osobe. (Tomek – Roksandić et al 2012.) Provodi se u šest faza: prikupljanje podataka, otkrivanje problema i resursa, postavljanje ciljeva, izrada plana mjera / intervencija zdravstvene njege, provedba mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege te evaluacija ocjena i vrednovanje djelovanja / učinkovitosti gerijatrijske zdravstvene njege i stupnja ostvarenih ciljeva. (slika 3.) (Tomek – Roksandić et al 2012.)



Slika 3. Model V. Fiechter - M. Meier

I. Prikupljanje podataka

U svrhu utvrđivanja prioriteta gerijatrijskog bolesnika i gerontološkog osiguranika prikupljaju se podaci o zdravstvenom stanju i potrebama, čimbenici negativnog zdravstvenog ponašanja te utvrđuje funkcionalna sposobnost starije osobe. (Tomek – Roksandić et al 2012.)

Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost starije osobe za individualno obavljanje svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje neovisno o kronološkoj dobi. (Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.)

Procjena funkcionalne sposobnosti starijih osoba određuje se u odnosu na pokretnost i samostalnost. (Tomek – Roksandić et al. 2012.) (tablica 3.)

Tablica 3. Funkcionalna sposobnost u odnosu na pokretnost i samostalnost

POKRETNOST	SAMOSTALNOST
1. sasvim pokretan	1. sasvim samostalan
2. ograničeno pokretan (služi se povremenim pomagalom – štapom ili štakama ili ortopedskom klupicom)	2. ograničeno samostalan (povremene psihičke poteškoće)
3. trajno ograničeno pokretan (trajno u invalidskim kolicima)	3. trajno nesamostalan (trajne psihičke poteškoće)
4. trajno nepokretan	4. ne može se odgovoriti

II. Otkrivanje problema i resursa

Procjena gerijatrijskog bolesnika i gerontološkog osiguranika omogućuje definiranje aktualnih i potencijalnih problema, određivanje raspoloživih sposobnosti, utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom te kategoriziraju gerijatrijskih bolesnika i gerontoloških osiguranika prema Kategorijskom postupniku programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege (prvi stupanj – minimalan stupanj za stambeni dio doma, drugi stupanj – minimalan stupanj za stacionar u domu, treći stupanj – optimalni stupanj za stacionar u domu i četvrti stupanj – maksimalni stupanj za stacionar u domu). (Tomek – Roksandić et al 2012.)

III. Postavljanje ciljeva

Ciljevi trebaju biti mjerljivi, realni i provedivi kako bi služili ocjenjivanju i vrednovanju zdravstvene njege. (Fučkar 1996.) Starijoj osobi treba omogućiti priliku da preuzme odgovornost i sudjeluje u donošenju odluka o vlastitom životu. Time se potiče njezino samopoštovanje. (Havelka 1998.)

IV. Izrada plana mjera / intervencija zdravstvene njege

Izrada plana obavlja se u skladu mogućnosti starije osobe. Treba biti kratka i precizna. Prilikom planiranja potrebno je voditi brigu o tome što se planira, kada i koliko dugo će se provoditi, koja su sredstva potrebna te tko će što provoditi. (Fučkar 1996.)

Planiranje omogućuje zdravstvenu njegu utemeljenu na znanju i umijeću, integraciju standarda, autonomnost medicinske sestre u zdravstvenoj njezi, profesionalnost te kvalitetu zdravstvene njege na opće zadovoljstvo starije osobe. (Tomek – Roksandić et al 2012.)

V. Provedba mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege

Provedba mjera uključuje provođenje specifičnih aktivnosti usmjerenih na ublažavanje ili rješavanje problema s ciljem postizanja definiranih ciljeva.

VI. Evaluaciju ocjena i vrednovanje djelovanja / učinkovitosti gerijatrijske zdravstvene njege te stupanja ostvarenih ciljeva

Evaluacija omogućuje ocjenjivanje učinkovitosti zdravstvene njege. Provođa se preko izvješća o gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi. Izvješće sadržava provedene intervencije, učinkovitost intervencija, ishode koji opisuje stupanj ostvarenog cilja, zadovoljstvo stručnih djelatnika, ponovnu procjenu (ponašanje, stupanj samostalnosti, promjenu stanja, reakciju i zadovoljstvo korisnika i obitelji), upravljanje menadžmentom gerijatrijske zdravstvene njege te ekonomičnost upravljanja. (Tomek – Roksandić et al 2012.)

5.2. Etička načela sestrinske skrbi

Etička načela sestrinske skrbi propisuje Etički kodeks medicinskih sestara. Prvi etički kodeks, i to Američkog sestrinskog udruženja datira iz 1926. godine. Temelji se na kršćanskoj moralnosti i stajalištima prema sestrinstvu u to doba. U tekstu su navedene osnovne moralne vrline medicinskih sestara; poslušnost i odanost liječniku te bespogovorno poštovanje postavljenih pravila. 1940. godine izlazi nova verzija etičkog kodeksa. Težište je stavljeno na sestrinstvo kao profesiju. U tekst su navedene obveze i odgovornosti medicinske sestre i to odnos prema bolesniku, drugim sestrama, poslodavcu, javnosti, drugim osobama i prema samoj sebi. (Kalauz 2012.)

Prateći promjene vezane za etičke kodekse medicinskih sestara u svijetu Hrvatska udruga medicinskih sestara objavila je 1995. godine Etički kodeks medicinskih sestara Hrvatske. 2005. godine Etički kodeks objavila je kao sestrinsko regulacijsko tijelo HKMS. U njemu se navodi: načelo odnosa prema HKMS, načelo postupanja prema bolesniku, načelo odgovornosti medicinskih sestara prema radu, svojim postupcima i propustima, načelo skrbi za bolesnika i načelo poštovanja zakona.

Načelo odnosa prema HKMS preporučuje da medicinska sestra koja obavlja svoju djelatnost treba biti član Komore, treba biti upisana u Registar te treba posjedovati odobrenje za samostalan rad. Načelo poštovanja bolesnika preporučuje da medicinska setra treba poštovati bolesnika kao ljudsko biće. Načelo odgovornosti medicinskih sestara prema radu, svojim postupcima i propustima preporučuje da medicinska setra treba djelovati jedino prema pravilima struke te da je ne obavezuje savjet ili nalog drugog stručnjaka. Načelo skrbi za bolesnika preporučuje medicinskim sestrama da brinu o zaštiti prava bolesnika te sigurnoj i kvalitetnoj zdravstvenoj njezi. Načelo poštovanja zakona preporučuje medicinskim sestrama da poštuju zakon koje nalažu prava bolesnika i struka. (Kalauz 2012.)

Etička načela predstavljaju temelje na kojima se gradi cjelokupan odnos sestre i korisnika, sestre i suradnika i svih drugih koji pomažu da se pruži optimalna zaštita (Mojsović 2005.)

Etička načela obuhvaćaju:

- holističko poimanje čovjeka

Pristup je u kojem se osoba doživljava kao cjelovito biće sa svim svojim specifičnostima (fizičkim, psihičkim, emocionalnim i duhovnim). Uključuje sagledavanje i uvažavanje cjelokupnog okruženja pojedinca, ponajprije obitelji i zajednice u kojoj pojedinac živi. (Gavranić et al. 2016.)

- individualizirani pristup

Temelji se na činjenici da je svako ljudsko biće jedinstveno i neponovljivo i da će osnovne potrebe zadovoljavati na sebi svojstven način. (Mojsović 2005.)

- poštovanje svakog pojedinca i njegove osobnosti, potreba i vrijednosti

Predstavlja jedno je od osnovnih načela koji prožimaju cjelokupan odnos medicinska sestra – osoba. Poštujući ovo načelo, sestra i osoba grade i održavaju partnerski odnos tijekom cjelokupnog procesa pružanja skrbi. (Gavranić et al. 2016.)

- načelo jednakosti i pravednosti

Načelo jednakosti i pravednosti omogućuje jednak pristup i kvalitetnu usluga svima, bez obzira na spol, godine života, vjersku i nacionalnu pripadnost, vrstu bolesti ili nedostatak ili bilo koje drugo svojstvo. (Mojsović 2005.)

- priznavanje i prihvaćanje prava korisnika

Priznavanje i prihvaćanje prava korisnika da budu dobro obaviješteni i sudjeluju u odlukama o vlastitoj skrbi, osobito u onim odlukama koje se odnose na unapređenje i očuvanje zdravlja (Mojsović 2005.)

6. Prikaz sestrinske skrbi u gerontologiji u svijetu

Prema Kanadskom gerontološkom udruženju medicinskih sestara, 2010. gerontološka sestrinska skrb je dinamičan odnos između starije osobe i medicinske sestre s ciljem postizanja zdravlja i dobrobiti u kojoj starija osoba donosi svoja jedinstvena iskustva, a medicinske sestre svoje specifično znanje o gerontologiji i gerijatriji, vještine, umijeće pa i znanost.

Gerontološke medicinske sestre provode gerontološku skrb u svrhu:

- promicanja zdravlja,
- poboljšanja funkcijskih sposobnosti
- te zagovaranja njihovih potreba.

Gerontološku djelatnost obavljaju sukladno kompetencijama prema Standardima gerontološke sestrinske skrbi.

Kompetencije gerontološke medicinske sestre su:

- procjena životne situacije osobe starije životne dobi,
- upravljanje simptomima i poboljšanje kvalitete života,
- planiranje sestrinske skrbi,
- savjetovanje bolesnika i obitelji s emocionalnog, društvenog i duhovnog aspekta,
- uspostavljanje adekvatne komunikacije te
- održavanje kontinuiteta i koordinirane sestrinske skrbi. (Henderson 2004.)

Standarde gerontološke sestrinske skrbi izradilo je Kanadsko udruženje gerontoloških medicinskih sestara 2010.godine.

Standardi gerontološke sestrinske skrbi uključuju:

- odgovarajuću skrb

Gerontološke medicinske sestre pružaju sestrinsku skrb koja povećava samostalnost osobe kroz promjene životnog ciklusa.

- poboljšanje zdravlja

Gerontološke medicinske sestre promoviraju zdravlje s ciljem očuvanja fizičkog, psihičkog, kognitivnog, socijalnog i duhovnog blagostanja starijih osoba.

- kontinuiranu edukaciju

Gerontološke medicinske sestre provode kontinuiranu edukaciju starijih osoba, njihovih obitelji i zdravstvenih djelatnika, naglašavajući važnost gerontološkog pristupa.

- profesionalan odnos

Komunikacija kao proces primanja i slanja informacija između dvije ili više osoba predstavlja bitan preduvjet za profesionalan odnos. Vrlo često je komunikacija sa starijim osobama otežana zbog kognitivnih poteškoća. Gerontološke medicinske sestre komuniciraju neovisno o kognitivnim funkcijama. Komunikaciju temelje na empatiji te poštivanju potreba i jedinstvenosti starijih osoba.

- zaštitu zdravlja starijih osoba

Gerontološke medicinske sestre procjenjuju čimbenike koji narušavaju sigurnost starijih osoba, planiraju intervencije za održavanje sigurnog okruženja s ciljem sprječavanja nezgoda te zagovaraju prava starijih osoba.

(Canadian Gerontological Nursing Association 2010.)

U svijetu gerontološka zdravstvena njega predstavlja posebnu disciplinu u sustavu obrazovanja medicinskih sestara čime pridonosi većoj autonomiji medicinskih sestara. (Ruiz et al. 1995.)

Na Američkim sveučilištima gerontološki sadržaj integriran je u preddiplomske i diplomske programe medicinskih sestara. Programi pripremaju sestre za skrb gerijatrijske populacije. (Rev 2013.) U Americi i Velikoj Britaniji provodi se gerontološki sestrinski program namijenjen medicinskim sestrama koje se odlučuju za specijalizaciju iz gerontološke zdravstvene njege. Diljem svijeta postoje Znanstveni odjeli za gerontološku zdravstvenu njegu Rio de Janeiru, Florianopolis, u Fortalezi koji imaju podršku Nacionalnog instituta za istraživanje medicinskih sestara (NIIMS). (Alvarez et al. 2013.)

Obzirom na specijalizirano područje rada razlikuju se gerontološke medicinske sestre za naprednu praksu (GMSNP) i gerontološke medicinske sestre specijalizirane za kliničko sestrinstvo (GMSKS).

Gerontološke medicinske sestre za naprednu praksu (GMSNP)

Gerontološke medicinske sestre za naprednu praksu (GMSNP) kvalificirane su za provođenje psihosocijalnih procjena starijih osoba te provođenje skrbi dementnih bolesnika. (Masterson et al 2001.) Rade u sklopu ambulantne skrbi, centara za dnevnu skrb i zdravstvenih organizacija u zajednici. U suradnji s liječnicima, socijalnim radnicima, drugim stručnjacima, udrugama, raznim organizacijama i crkvama unaprjeđuju kvalitetu života i zdravlje starijih osoba. Provode evaluaciju sestrinske skrbi, prate zdravstveno stanje kronično bolesnih i funkcionalno ugroženih starijih osoba, provode palijativnu skrb, rano prepoznaju znakove bolesti (demencije, depresije, sindroma 4N), zbrinjavaju probleme urinarne inkontinencije, padova i poremećenog ponašanja. Bave se pitanjima zlostavljanja i zanemarivanja starijih osoba, razvijaju programe edukacije namijenjene starijim osobama u vlastitim domovima te izrađuju preporuke za starije osobe (npr. pad, urinarna inkontinencija). (Caffrey 2005.)

GMSNP su koordinatori multidisciplinarnih gerijatrijskih istraživanja. Provode istraživačke studije usredotočene na praćenje zdravlja, promicanje zdravlja te prevenciju bolesti. (Rev 2013.)

Gerontološke medicinske sestre specijalizirane za kliničko sestrinstvo (GMSKS)

GMSKS uključene su u izravnu skrb starijih osoba u bolnicama. Sudjeluju kod prijema, provode fizikalni pregled, izrađuju planove skrbi, prate stanje bolesnika, naručuju bolesnike na rendgenske i laboratorijske pretrage, razjašnjavaju nalaze te u slučaju potrebe pružaju preporuke.

Rade izvješća o otpustu bolesnika. Suraduju s GMSNP te zajedno koordiniraju nastavak skrbi za stariju osobu tzv. kontinuiranu skrb nakon otpusta iz bolnice. (Schoenfelder et al. 2005)

7. Prikaz sestrinske skrbi u gerontologiji u Hrvatskoj

7.1. Razvoj sestrinske skrbi

U skladu s potrebama stanovništva prepoznata je potreba za poboljšanjem sestrinske skrbi za starije osobe te započet razvoj gerontološke sestrinske skrbi.

U Hrvatskoj terminologiji umjesto naziva gerontološka sestrinska skrbi koristi se naziv gerijatrijska / gerontološka zdravstvena njega.

Znanstvenu osnovu za razvoj gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege predstavljaju koncepti Roper – Juchli i V. Fiechter – M. Meier te etička načela sestrinske skrbi.

Zdravstvena njega je dinamičan proces, u kojem sudjeluje starija osoba s jedne strane i stručno osoblje s druge strane. (Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2015.)

Gerijatrijska / gerontološka zdravstvena njega predstavlja samostalno i stručno planiranje, provođenje i dokumentiranje gerijatrijske zdravstvene njege te provođenje liječničkih uputa.

Uključuje skrb gerijatrijskih bolesnika i gerontoloških osiguranika. (Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2015.)

Gerijatrijski bolesnik definira se kao bolesnik stariji od 65 godina sa specifičnim zdravstvenim obilježjima vodeće i prateće dijagnoze unutar pojave multimorbiditeta uz oslabljenu funkcionalnu sposobnost u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost te pojavnost gerijatrijskog sindroma 4 N. Gerontološki osiguranik definira kao funkcionalno sposoban osiguranik stariji od 65 godina očuvanog zdravstvenog stanja.

(Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2016.)

Ciljevi gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege su:

- održavanje samostalnosti starije osobe u svakodnevnim aktivnostima,
- te poticanje vlastite odgovornosti za zdravlje. (Tomek-Roksandić et al. 2012.)

Sukladno konceptima sestrinske skrbi Roper – Juchli i V. Fichter – M.Maier izrađen je Stručni Pravilnik gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege.

Pravilnik sadržava elemente kompetentne, individualne, dokumentirane gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege usredotočene na holistički te interdisciplinarni pristup u čijem je središtu gerijatrijski/ gerontološki osiguranik. (Tomek-Roksandić et al. 2012.)

Stručnim Pravilnikom definirani su Standardi gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege te kompetencije gerijatrijske / gerontološke medicinske sestre.

Standardi gerijatrijske zdravstvene njege su prihvaćene i važeće norme koje definiraju zadaće i kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege. (Tomek Roksandić et al 2012.)

Standardi gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege obuhvaćaju:

- preventivnu gerijatrijsku zdravstvenu njegu, odnosno mjere geroprofilakse (dekubitusa, kontraktura, tromboze, hipostatske pneumonije, soora na jeziku, ojedina i padova)
- terapijsku gerijatrijsku zdravstvenu njegu (enteralnu i lokalnu primjenu lijeka, parenteralnu primjenu lijeka, skrb rane, njegu stome, trahealnu njegu, kateterizaciju, aspiraciju, inhalaciju i oksigenaciju)
- aktivnosti svakodnevnih životnih potreba
- hitne situacije (tjelesne povrede, poremećaji svijesti, smetnje srca i krvotoka smetnje disanja) te
- indirektnu gerijatrijsku zdravstvenu njegu (prijem, otpust ili premještanje gerijatrijskog korisnika te gerijatrijsku zdravstvenu njegu u terminalnoj fazi).

(Tomek-Roksandić et al. 2012.)

Gerijatrijsko / gerontološka medicinska sestra je sestra doeducirana iz područja gerontologije koja pruža zdravstvenu njegu gerijatrijskim bolesnicima i gerontološkim osiguranicima u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi za starije osobe.

(Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", 2015.)

Kompetencije gerijatrijske / gerontološke medicinske sestre su:

- provođenje holističkog pristupa u radu sa starijim osobama
- profesionalni i individualni pristup usmjeren na pojedinca
- ispunjavanje liječničkih odredbi
- vođenje sestrinske dokumentacije
- procjenu stanja starijih osoba
- planiranje gerijatrijske zdravstvene njege
- provođenje zdravstvene skrbi u završnoj fazi života
- provođenje edukacije po modelu Roper – Juchli i modelu zdravstvene njege V. Fichter – M. Maier
- promoviranje zdravlja
- savjetovanje i usmjeravanje na stjecanja prava starijih osoba u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti
- zbrinjavanje gerontološkog korisnika, savjetovanje i provođenje zdrave prehrane

(Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" 2015.).

Prema Zakonu o sestrinstvu (NN 121/03) medicinska sestra je obvezna evidentirati sve provedene postupke na sestrinskoj listi za svakog bolesnika.

Sukladno tome je 2007. godine izrađena sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege. 2009. godine dokumentacija gerijatrijske njege prihvaćena je kao standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno članku 27. stavak 1. t. 4. Zakona o sestrinstvu (NN 121/03 i 117/08).

Dokumentiranje unaprjeđuje komunikaciju medicinskih sestara s drugim zdravstvenim djelatnicima, omogućuje integraciju zdravstvenog procesa u kojem su pohranjeni svi podaci o gerijatrijskom osiguraniku, omogućuje profesionalnu odgovornost, osigurava pravnu zaštitu, potvrđuje standarde sestrinske prakse, omogućuje kontinuiranu gerijatrijsku / gerontološku zdravstvenu njegu, unaprjeđuje kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege, omogućuje nadzor nad kontrolom troškova te omogućuje istraživanja u sestrinstvu. (Tomek – Roksandić et al 2016.)

7.2. Organizacija sestrinske skrbi

Obzirom da je sestrinska skrb u gerontologiji u razvoju, skrb provode medicinske sestre sukladno razini obrazovanja te zakonskim kompetencijama na svim razinama zdravstvene zaštite.

Zbog mogućnosti koordiniranja i usmjeravanja aktivnosti na unaprijeđivanje zdravlja sestrinska skrb najvećim dijelom provodi se na primarnoj razini zdravstvene zaštite. (Duraković 2007.)

Uloga medicinske sestre propisana je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10) te obuhvaća:

- mjere za zaštitu i unapređenje zdravlja stanovnika,
- mjere za sprječavanje i otkrivanje bolesti,
- postupke liječenja i rehabilitacije bolesnika,
- patronažne posjete,
- provođenje zdravstvene njege u kući,
- preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina i ostalih stanovnika,
- savjetovanje, zdravstveno prosvjećivanje i promicanje zdravlja, hitnu medicinu te
- palijativnu skrb.

Obzirom na sadašnje stanje, sestrinska skrb za starije osobe u Hrvatskoj organizirana je na:

- skrb za starije osobe u bolničkim ustanovama,
- skrb za starije osobe u vlastitom domu
- te skrb za starije osobe u ustanovama trajnog boravka.

7.2.1. Skrb za starije osobe u bolničkim ustanovama

Tijekom bolničkog liječenja sestrinski postupci se provode uglavnom prema biomedicinskom modelu. (HKMS 2017.)

S obzirom da se starije osobe po brojnim specifičnim obilježjima razlikuju od osoba ostalih dobnih skupina, sestrinska skrb trebala bi biti usmjerena na individualne potrebe i obilježja starijih osoba. Trebala bi se provoditi prema procesu zdravstvene njege.

Hospitalizacija starijih osoba povećava rizik za pad i inkontinenciju te rizik od psiholoških promjena. Stoga je izuzetno važna adekvatna procjena bolesnikovog zdravstvenog stanja i utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, odnosno postojanje problema u zdravstvenoj njezi počinje uzimanjem sestrinske anamneze i statusa. (Fučkar 1996.)

Na kraju hospitalizacije provodi se detaljna procjena bolesnikovog stanja koja se dokumentira u sestrinsko otpusno pismo. Sestrinsko otpusno pismo, prema Zakonu o sestriinstvu NN 121/03, predstavlja obavezni obrazac sestrinske dokumentacije i ispunjava se za sve bolesnike kojima je potreban nastavak sestrinske skrbi.

Omogućuje uvid u stanje bolesnika, pruženu sestrinsku skrb te daljnju potrebu za sestrinskom skrbi. (Uremović 2010.)

Ciljevi sestrinske skrbi u bolničkim ustanovama su:

- osiguranje sigurne okoline za bolesnika,
- pružanje zdravstvene njege,
- poboljšanje zdravstvenog stanja.

7.2.2. Skrb za starije osobe u vlastitom domu

Skrb za starije osobe u vlastitom domu diljem Europe predstavlja prihvaćen oblik skrbi za starije osobe, tzv. izvan institucijsku gerijatrijsku skrb. (Österle 2010.)

Ciljevi sestrinske skrbi u vlastitom domu su:

- pružiti socijalnu i emocionalnu potrebu,
- poboljšati kvalitetu života,
- poticati stariju osobu na što veću samostalnost u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba,
- poticati samozbrinjavanje s pomoću očuvanih sposobnosti,
- pružati kontinuiranu i integriranu skrb kroz prevenciju komplikacija kod kroničnih bolesti,
- poboljšati ili očuvati kvalitetu života kroz nastavak zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice
- provoditi zdravstvenu njegu u recidivu bolesti te u završnoj fazi života poštujući osobnost osobe do samog kraja. (Mrzljak 2016.)

Provodi se kroz patronažnu djelatnost i djelatnost zdravstvene njege bolesnika u kući. Djelatnosti se razlikuju se po ciljevima i načinu rada, ustroju i načinu djelovanja. *Sestra pruža pomoć u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba s ciljem unapređenja zdravlja, sprječavanje gubitka zdravlja, očuvanja zdravlja i vraćanja poremećenog zdravlja. (Mojsović et al. 2005.)*

I. Patronažna djelatnost

Patronažna djelatnost sastavni je dio primarne zdravstvene zaštite i u nadležnosti je domova zdravlja. Patronažne sestre prate demografske pokazatelje.

Obavljaju kućne posjete, kroz koje dobivaju informacije o potrebama korisnika i obitelji, financijskim mogućnostima i sredini u kojoj obitelj živi. (Mojsović et al. 2005.) Provode fizikalni pregled, planiraju i evaluiraju zdravstvenu njegu.

Fizikalni pregled uključuje: procjenu disanja, procjenu regulacije tjelesne temperature, procjenu i promatranje izgleda kože, procjenu i određivanje stupnja samostalnosti prilikom obavljanja aktivnosti njege tijela i oblačenja, procjenu kretanja, procjenu i određivanje samostalnosti prilikom izvođenja eliminacije stolice i urina, procjenu samostalnosti kod uzimanja hrane i tekućine, procjenu odmora i spavanja, procjenu komunikacijskih vještina, procjenu radne aktivnosti, ispitivanje podrške i zaštite bioloških potreba starijih osoba, procjenu sigurnosti i eventualne opasnosti osobe za sebe i druge, procjenu rizičnih faktora za nastanak bolesnog starenja, procjenu eventualnog negativnog zdravstvenog ponašanja te procjenu psihosocijalne aktivnosti. Osim navedenog patronažne sestre izrađuju razne priručnike, brošure i pamtilice te kroz razne aktivnosti promoviraju zdravlje.

II. Djelatnost zdravstvene njege u kući

Djelatnost zdravstvene njege u kući obavljaju medicinske sestre sukladno razini obrazovanja pod nadzorom glavne sestre zdravstvene ustanove, patronažne sestre i liječnika. Uključuje postupke zdravstvene njege bolesnika koje je medicinska sestra kompetentna provoditi samostalno i po preporuci liječnika. Djelatnost zdravstvene njege u kući predstavlja integrirani i kontinuirani oblik pružanja skrbi u čijem je središtu bolesnik. (Mrzljak 2016.)

7.2.3. Skrb za starije osobe u ustanovama trajnog boravka

Skrb u ustanovama trajnog boravka odnosi se na tzv. institucijsku gerijatrijsku skrb. Institucijski model skrbi *podrazumijeva uslugu dugotrajnog smještaja koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim ustanovama. (Štambuk 1999.)* Institucijskim modelom omogućene su usluge, stanovanja, prehrane, nabave odjeće i obuće, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju i njege, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije te organiziranja slobodnog vremena. (Štambuk 1999.)

Sestrinska skrb za starije osobe u ustanovama trajnog boravka provodi se kontinuirano tijekom 24 sata po konceptima sestrinske skrbi V. Fiechter – M.Meier i Roper – Juchli te prema standardima gerijatrijske zdravstvene njege. Dokumentira se u standardizirane obrasce gerijatrijske zdravstvene njege. Standardizirani obrasci omogućuju evaluaciju i nadzor zdravstvenog stanja gerontoloških osiguranika i gerijatrijskih bolesnika.

Ciljevi sestrinske skrbi u ustanovama trajnog boravka su:

- spriječiti komplikacije bolesti i umanjiti bol,
- zadovoljiti prehrambene i nutritivne potrebe,
- *održati samostalnost korisnika u svakodnevnim aktivnostima*
- *poticati vlastitu odgovornost za zdravlje*
- *skrbiti za dostojanstvo, pravo i zadovoljstvo gerontološkog korisnika zajedno s njegovom obitelji, pružiti potporu i poticati njegove kompetencije s orijentacijom na individualne životne priče*
- *te osigurati priznato mjesto u društvu. (Birren 1990.)*

8. Suvremena vizija medicinske sestre u gerontologiji

Obzirom na povećane potrebe starijih osoba, medicinskim sestrama se nameću nova područja djelovanja. Postoji potreba za djelovanjem medicinskih sestara u Gerontološkim centrima, u programima rada sa starijim osobama, provođenju planova aktivnog življenja (HKMS 2017 – 2027.), Centrima za gerontologiju i gerontološko – javnozdravstvenim timovima.

U budućnosti će postojati potreba za gerijatrijsko / gerontološkom medicinskom sestrom u bolničkim ustanovama, u dnevnim bolnicama za starije osobe te dnevnim boravcima za Alzheimerove bolesnike. Navedeno zahtijeva suvremenu viziju te permanentan razvoj.

Suvremenom vizijom sestrinstvo je znanstvena i stručna disciplina koja pronalazi primjenu u istraživačkom, nastavnom i stručnom radu različitih društvenih institucija.

Suvremena vizija naglašava važnost odgovornosti i autoriteta. U bolničkim ustanovama naglašava važnost individualizacije i primjene znanstveno utemeljenog pristupa dok u izvanbolničkim ustanovama važnost javno zdravstvenog djelovanja.

Zbog transparentnosti te osiguravanja i unaprjeđenja kvalitete sestrinske skrbi u gerontologiji potrebna je edukacija gerijatrijsko / gerontoloških medicinskih sestara te razvoj kompetencija u skladu s potrebama starijih osoba.

Gerijatrijske / gerontološke medicinske sestre provodile bi:

- praćenje demografskih pokazatelja, pokazatelja uzroka mortaliteta, morbiditeta i hospitalizacija
- utvrđivanje, evidentiranje, praćenje i evaluaciju funkcionalne sposobnosti i zdravstvenih potreba starijih osoba
- zdravstveno – gerontološku edukaciju

Edukaciju o starosti i starenju, razlikama zdravog i bolesnog starenja, radnim aktivnostima nakon umirovljenja, mjerama prevencije nastanka bolesnog starenja, negativnom i pozitivnom zdravstvenom ponašanju u starosti te zdravim životnim navikama (prehrana, fizička aktivnost...)

- geroprofilaktičke mjere pravilne prehrane
- izradu smjernica i postupnika za rad sa starijim osobama (smjernice za inkontinenciju, padove...)
- preventivne aktivnosti
- izradu i provođenje programa aktivnog zdravog starenja

Promicanje aktivnog zdravog starenja provodi se usvajanjem i potpomaganjem zdravih navika kao što su nepušenje, pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost, unapređenje duševnog zdravlja, kontrolirano uzimanje lijekova, pridržavanje uputa liječenja i sličnih pozitivnih zdravstvenih ponašanja. (Roksandić et al. 2012.) Strategija zdravog aktivnog starenja prema SZO fokusirana je na prevenciju bolesti i očuvanje funkcionalne sposobnosti u starijoj životnoj dobi.

- koordinaciju provoditelja gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege
- izradu zdravstvenih mjera i postupaka za primjenu preventivnog individualnog savjetovanja
- izradu gerontološko – javnozdravstvenih normi i smjernica
- znanstveno – istraživačku i publicističku gerontološko – javnozdravstvenu djelatnost
- kliničku praksu zasnovanu na dokazima
- palijativno gerijatrijsku skrb, izradu smjernica za palijativnogerijatrijske bolesnike te interpretaciju nalaza
- edukaciju zdravstvenih djelatnika o specifičnostima rada sa starijim osobama.

9. Zaključak

Starija osoba je cjelina tijela i psihe ugrađena u jednu socijalnu okolinu (Tomek – Roksandić et al 2012.).

Sestrinska skrb u gerontologiji je proces koji se odvija između starije osobe i medicinske sestre neovisno o prisustvu ili odsustvu bolesti. Objašnjava se različitim teoretskim konceptima od kojih su napoznatiji Roper – Juchli i V. Fiechter – M. Meier.

U svijetu predstavlja znanstvenu disciplinu koju provode gerontološke medicinske sestre za naprednu skrb i kliničko sestrinstvo.

U Hrvatskoj je sestrinska skrb u gerontologiji u razvoju. Definirani su standardi gerijatrijske / gerontološke zdravstvene njege, dokumentacija te kompetencije gerijatrijsko / gerontološke medicinske sestre.

Sestrinsku skrb provode medicinske sestre na svim razinama zdravstvene zaštite sukladno razini obrazovanja i zakonskim kompetencijama. Sestrinska skrb najvećim dijelom provodi se na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Organizirana je na skrb za starije osobe u bolničkim ustanovama, u vlastitom domu te u ustanovama trajnog boravka.

Obzirom na povećane potrebe starijih osoba, medicinskim sestrama se nameću nova područja djelovanja. Postoji potreba za djelovanjem u Gerontološkim centrima, gerontološko – javnozdravstvenim timovima, programima rada sa starijim osobama te provođenju planova aktivnog življenja.

Zbog transparentnosti te osiguravanja i unaprjeđenja kvalitete sestrinske skrbi u gerontologiji potrebna je edukacija gerijatrijsko / gerontoloških medicinskih sestara te razvoj kompetencija u skladu s potrebama starijih osoba.

Time bi sestrinski rad dobio svoje značenje i prominentnost u društvu koji bi pridonio profesionalizaciji sestrinstva, a starije osobe kvalitetnu gerontološku skrb.

10. Zahvale

Od srca se zahvaljujem mentoru doc. dr.sc. Miroslava Hanževački na konstruktivnoj pomoći i sugestijama.

Zahvaljujem također mojim radnim kolegicama i ravnateljici za razumijevanje tijekom moga izbivanja.

I na samom kraju, najveća hvala mojoj obitelji, kćerima Tiji i Miji te mom suprugu Danijelu, bez čije potpore, pomoći i razumijevanja moje studiranje ne bi bilo moguće.

11. Dodaci

11.1. Popis slika

Slika 1. Maslowljeva hijerarhija potreba.....	15
Slika 2. Osnovne ljudske potrebe prema V.Henderson.....	16
Slika 3. Model V. Fiechter - M. Meier.....	19

11.2. Popis tablica

Tablica 1. Prikaz udjela osoba starijih od 65 godina u 2011. i 2014. godini.....	1
Tablica 2. Model Roper – Juchli – 12 aktivnosti svakodnevnih životnih potreba.....	18
Tablica 3. Funkcionalna sposobnost u odnosu na pokretnost i samostalnost.....	20

12. Literatura

1. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske. (1999.) Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi
2. Alvarez A.M, Reiners A.O., Polaro I, Gonçalves L, Pereira Caldas C, Unicovsky R. et al. (2013.) Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem. Rev Bras Enferm. No 66, pages 177-181
3. Birren J.E. (1990.) Handbook of the psychology of aging. Academic Press
4. Caffrey R.A. (2005.) The Independent Nurse Role in Community Care Gerontological Nursing: Special Series-Part 2. Journal of Gerontological Nursing.
5. Canadian Gerontological Nursing Association. (2010.) Gerontological Nursing Competencies and Standards of Practice. Vancouver.
6. Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba (2004.) Gerontološki centri
7. Duraković Z. (2005) Gerijatrija medicina starije dobi. C.T. Poslovne informacije d.o.o. Zagreb
8. Despot Lučanin J. (2003.) Iskustvo starenja, Naklada Slap, Jastrebarsko
9. Fučkar G. (1996.) Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb
10. Futrell M.L, Melillo K.D. (2005.) Gerontological nurse practitioners: implications for the future. J Gerontol Nurs. Apr;31(4):19-24.
11. Galić A, Tomasović Mrčela N. i sur. (2013.) Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja, Medicinska škola Osijek, Osijek
12. Gavranić D, Iveta V, Sindik J. (2016.) Konceptualni modeli sestrinstva i načela sestrinske prakse. Sestrinski glasnik. 21:148-52
13. Gerontološkojavnozdravstveni pokazatelji zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj i gradu Zagrebu (2014.-2016./ popisna 2011.) Zagreb
14. Hrvatska komora medicinskih sestara (2017.) Strateške smjernice razvoja sestrinstva u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017. – 2027. Zagreb
15. Hrvatska komora medicinskih sestara (2005.) Etički kodeks medicinskih sestara, Zagreb

16. Henderson M.H. (2004.) Gerontological advance practice nurses. *Geriatric Nursing*. Volume 25 Number 4. 233-236
17. Havelka M. (1998.) *Zdravstvena psihologija*, Naklada Slap, Jastrebarsko
18. Hujer M.E. (2012.) Expanding the Gerontological Nursing Advocacy Role: One Nurse's Experience. *Journal of Gerontological Nursing*. 38(8):54-56
19. Karl Miller, Md, Robert G. Zylstra, Ed.D., Lcsw, I John B. Standridge, Md, Sveučilište u Tennessee College of Medicine, Chattanooga, Tennessee
Ja sam liječnik. 2000, 15. veljače; 61 (4): 1089-1104.
20. Lovreković M. Leutar Z. (2010.) Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu, *Socijalna ekologija*, br. 1, str. 55 – 79
21. Kalauz S. (2012.) *Etika u sestinstvu*. Medicinska naklada. Zagreb.
22. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2011.) *Pravilnik o sestirskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama*. Narodne novine broj 121/03, 117/08 i 57/11
23. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2012.) *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.*
24. Masterson A, Heath H, Ford P, Pritchard E, Cann P. (2001.) Gerontological nurse specialists. *Nursing Standard*. 16, 12, 39-42
25. Maslow A.H. (1970.) *Motivation and personality*. New York: Harper & Row;
26. Mojsović Z. i suradnici (2005.) *Sestinstvo u zajednici*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb
27. Mrzljak V. (2016.) *Zdravstvena njega bolesnika u kući*, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Zagreb
28. Miller K.E, Zylstra R.G. (2000.) The Geriatric Patient: A Systematic Approach to Maintaining Health. 15;61(4):1089-1104.
29. Österle, A. (2010). Long-term care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and perspectives in addressing a 'new' social risk. *Social Policy & Administration*, 44(4), 461–480
30. Pečjak V. (2001.) *Psihologija treće životne dobi*, Naklada Prosvjeta, Zagreb
31. Rev Gaucha Enferm. (2013.) Gerontological nursing, the production of knowledge in the profession (1970-1996). *Gerontological nursing*. Mar;34(1):86-93

32. Ruiz B.A, Tabloski P.A, Frazier S.M, (1995.) The Role of Gerontological Advanced Practice Nurses in Geriatric Care. *Journal of the American Geriatrics Society* 43:1061-1064
33. Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" (2015.) GeroS. Projektna dokumentacija. Zagreb
34. Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" (2016.)
35. Raile Alligood M.(2014.) *Nursing Theorists and Their Work*
36. Roksandić S, Babić T, Budić N. (2005.) Zdravstvena prava za starije osobe u Republici Hrvatskoj. *Medicus* .Vol. 14, No. 2, 313 - 322
37. Štambuk A. (1999.) Povezanost sociodemografskih i psihičkih obilježja kod prilagodbe na život u domu umirovljenika. Magistarski rad, Zagreb: Medicinski fakultet
38. Schoenfelder P.D, Specht J.K, Maas M.L. (2005) The Independent Nurse Role in Community Care Gerontological Nursing. *Journal of Gerontological Nursing*. 31(4):4
39. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. (2002.) Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*; 24: 91–96
40. Tomasović Mrčela N, Tomek-Roksandić S, Šostar Z, Duraković Z, Ljubičić M, Stavljenić Rukavina A, Lukić M. (2016.) Razlike između fiziološkog i bolesnog starenja – osnove za gerontološku rehabilitaciju. *Fiz. rehabil. med.* 28 (1-2): 56-67
41. Tomek-Roksandić S, Lukić M, Deucht A, Županić M, Ljubičić M, Šimunec D, et al. (2012.) Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće / obiteljske medicine u domu za starije osobe. Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb
42. Uremović N. (2010.) Sigurnost u liječenju i rehabilitaciji duševnih bolesnika starije životne dobi. *Sigurna obitelj*.
43. Zakon o sestriinstvu, Narodne Novine broj 121/03, 117/08, 57/11
44. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne Novine broj 85/2006, 126/2006, 150/2008, 71/10

13. Životopis

Božica Jurinec, rođena je 29.04.1985. godine u Zaboku. Završila je Osnovnu školu Ljudevita Gaja u Mihovljanu. Pohađala je Školu za medicinske sestre u Mlinarskoj, gdje je maturirala s odličnim uspjehom 2004. godine.

2009. godine diplomirala je na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, program studija prvostupnica sestrinstva u trajanju od 6 semestra.

2004. godine zapošljava se u KBC "Sestre milosrdnice" gdje je radila na Internoj klinici i to na Zavodu za hemodijalizu te Zavodu za hitnu medicinu do 2014. godine.

Od tada neprekidno radi u Srednjoj školi Bedekovčina na Medicinskom učilištu.

Udana je, majka je djevojčica Tije i Mije.