

USPOREDBA PSIHIJATRIJSKOG LIJEČENJA U DOMOVIMA ZA STARIJE I NEMOĆNE OSOBE

Ribarić, Ljiljana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:247491>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-22**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA RIJEKA
DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA
MENADŽMENT U SESTRINSTVU

Ljiljana Ribarić

USPOREDBA PSIHIJATRIJSKOG LIJEČENJA U DOMOVIMA ZA STARIJE I NEMOĆNE
OSOBE

Diplomski rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING
NURSING HEALTH-CARE MANAGEMENT

Ljiljana Ribarić

COMPARISON OF PSYCHIATRIC TREATMENT IN NURSING HOMES

Final Thesis

Rijeka, 2020.

Mentor rada: Doc.dr.sc.Ana Kaštelan, dr.med.

Diplomski rad obranjen je dana _____ na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci

pred povjerenstvom u sastavu:

1. Izv.prof.dr.sc. Ika Rončević Gržeta, dr. med
2. Doc.dr.sc. Daniela Petrić, dr. med.
3. Doc.dr.sc. Ana Kaštelan, dr.med.

Rad sadrži:

50 stranica

15 tablica

ZAHVALE

Zahvaljujem mentorici doc.dr.sc. Ani Kaštelan na utrošenom vremenu, stručnoj pomoći i stručnim savjetima koje mi je pružila u izradi diplomskog rada.

Veliko hvala ravnateljici doma za starije i nemoćne osobe „Kantrida“ gosp. Mariji Maras i liječnici obiteljske medicine Doma zdravlja PGŽ Gordani Kučan, dr. med. koje su mi omogućile pregled medicinske dokumentacije. Zahvaljujem se ravnateljici doma za starije i nemoćne Nina.

Veliko hvala dr. Borisu Severu, spec. psihijatru koji je svojim stručnim znanjem oplemenio moj dosadašnji rad i podržavao me u kompletnoj ideji za moje usavršavanje.

Zahvaljujem mojoj obitelji koja me bodrila i imala strpljenja i povjerenje u mene, te me podržavila u mom odabiru za usavršavanje.

SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1	Definicija starosti	1
1.1.1	Fiziološke promjene starih osoba.....	2
1.1.2	Psihološke promjene starih osoba	2
1.1.3	Starenje suvremenog društva	4
1.2	Zdravstvena zaštita u starosti.....	6
1.2.1	Zdravlje i kvaliteta života u starosti	7
1.2.2	Izvaninstitucionalna i institucionalna skrb.....	8
1.3	Palijativna skrb	13
1.4	Gerontopsihijatrija	14
1.4.1	Najčešći psihijatrijski poremećaji u starosti.....	15
1.4.2	Psihijatrijska skrb u domovima za stare i nemoćne osobe	19
1.4.3	Liječenje psihičkih poremećaja u osoba starije životne dobi.....	20
1.4.4	Uloga medicinske sestre i tehničara u institucijama za skrb starijih osoba	22
2.	CILJ ISTRAŽIVANJA	24
2.1	Ciljevi	24
2.2	Hipoteze	24
3.	ISPITANICI I METODE	25
4.	REZULTATI.....	26
5.	RASPRAVA.....	35
6.	ZAKLJUČAK	43
7.	SAŽETAK	45
8.	ABSTRACT.....	46
9.	LITERATURA.....	47
10.	ŽIVOTOPIS	50

1. UVOD

„Teško čovjeku kad počne osjećati da u novo proljeće sam više – ne cvjeta.“

Vladimir Nazor, 1876.-1949.

1.1 Definicija starosti

Francis Bacon je još u 17.stoljeću bio među prvima koji je znanstvenom metodom pristupio proučavanju starenja (1). Starost je fiziološki proces kod kojeg dolazi do bioloških, psiholoških i socioloških promjena. Prema nekim teorijama, u procesu biološkog starenja najvažniju ulogu ima genetika. Na biološke promjene utječe nakupljanje oštećenja koja se svakodnevno događaju. Utjecaj i interakciju društva i osobe koja stari proučavaju sociološke teorije starenja. Handler (1960.) starenje definira kao propadanje organizma zbog nepovratnih promjena. Osobe sa vremenom postaju sve manje sposobne u svladavanju stresa iz okoline, čime se povećava rizik od smrti (2).

Starost može biti vrlo važno, vrijedno i lijepo životno razdoblje, kao što to opisuje psihologinja Krizmanić “Kao da su svi zaboravili da bi na kraju života svatko od nas mogao ubirati plodove svega što je tijekom života posijao i njegovao pa tada obogaćen tom žetvom proživjeti i to novo životno razdoblje.” (3).

Jedna od definicija starost označava kao zadnju etapu u životu obilježenu propadanjem tijela i sposobnosti (4). Starost može biti definirana kao kronološka (od 65. godine); socijalna (nakon umirovljenja) ili funkcionalna (zbog gubitka sposobnosti) (1).

1.1.1 Fiziološke promjene starih osoba

Fiziološko starenje je progresivan gubitak sposobnosti homeostaze svakog organa i sustava. Proces je postupan, progresivan no brzina procesa je različita od osobe do osobe. Na proces starenja utječu brojni faktori: genetski i okolinski (5).

Starenjem se mijenjaju cjelokupni fizički izgled i fiziologija pojedinih sustava. Smanjena je elastičnost kože te se pojavljuju staračke pjege. Masno tkivo mijenja raspored, kosa sijedi i ispada. Mišići postupno atrofiraju, gubi se koštana masa, napreduju degenerativne promjene zglobova. Posljedično je smanjena snaga i napetost mišića, kao što je i elastičnost tetiva i ligamenata smanjena. Neuronima odumiru, krvne žile gube elastičnost. Smanjen je kapacitet pluća. Rad probavnog sustava je usporen, uz česte opstipacije, apsorpcija hranjivih tvari je smanjena, metabolizam je usporeniji. Hormonska aktivnost se također mijenja, imunološki sustav slabi. Uobičajene bolesti starijih ljudi su: hipertenzija, artritis, oštećenje sluha i vida (1).

Fiziološke promjene utječu na psihološko stanje i na samostalnost starih osoba. Složene psihomotorne reakcije i vještine se također uspoređuju s godinama. Procjena vještina kao što su odjevanje, održavanje higijene, kuhanje, hodanje, održavanje ravnoteže – važna je za procjenu samostalnosti stare osobe. To je procjena njene funkcionalne sposobnosti i o tome ovisi planiranje skrbi za tu osobu (6). Sve se te promjene zbivaju u smjeru usporavanja, slabljenja i poremećaja, ali to ne znači da su svi stari ljudi tjelesno nesposobni i bolesni (1).

1.1.2 Psihološke promjene starih osoba

Ranije se smatralo da intelektualne sposobnosti počinju opadati nakon tridesetih. Recentna istraživanja pokazuju da je opadanje prisutno samo u nekim aktivnostima kao što su brzina reagiranja ili rječitost. Sposobnosti poput komparacije i zaključivanja čak se i poboljšavaju sa

dobi. Ukratko, stari imaju problema pri snalaženju u nepoznatim situacijama i u situacijama kada je potrebna brza reakcija (7). Emocije starih su slabije po intenzitetu no duljeg su trajanja (7). Gubitak socijalne uloge umirovljenjem često vode do slabljenja motivacije za bilo kakvu aktivnost. Sve osobe, pa tako i starije, imaju potrebu biti potrebne i korisne svojoj zajednici i prvenstveno, svojoj obitelji.

Psihološka gerontologija je dio gerontologije koji se bavi proučavanjem psiholoških promjena tipičnih za posljednju etapu u životu osobe. Naglasak je na utjecaju društvenih interakcija na psihičko stanje starijih osoba (8). Živčani sustav postupno propada što dovodi do slabljenja niza kognitivnih sposobnosti. Uz to, i percepcija je oslabljena (vid, sluh). Sve navedeno bitno utječe na svakodnevni život i funkcioniranje. Nužno je prilagoditi se i mijenjati način života i uobičajene aktivnosti (8). Najčešće se ljudi žale na zaboravljivost, teškoće pri održavanju koncentracije, otežanu prilagodbu novim situacijama, slabljenje pamćenja. Kod nekih se može pojaviti sumnjičavost, povlačenje u sebe, ravnodušnost ili tjeskoba.

Na propadanje kognitivnih sposobnosti najviše utječu kardiovaskularne bolesti. Pamćenje je općenito slabije no bolje se pamte stari događaji. Na pamćenje i učenje vidljiv je bitan utjecaj psiholoških čimbenika tako da učenje može biti očuvano ako je cilj učenja jasan i gradivo zanimljivo. Prednosti starijih pri učenju i snalaženju leži u iskustvu, strpljivosti, temeljitosti, a problemu pristupaju na više načina. Kognitivno su vrlo kompetentni za davanje savjeta a teško im je u brzom odlučivanju i u situacijama koje imaju obeshrabrujuće posljedice. Usprkos svim degenerativnim promjenama, mozak još uvijek zadržava i plastičnost, što čini mogućim i potpuni ili djelomični oporavak od cerebrovaskularnog infarkta i u starijoj dobi (9).

Isprva se pretpostavljalo da razvoj osobnosti završava sa adolescencijom. Erik Erikson je među prvima utvrdio da razvoj traje cijeli život. Kao posljednju fazu u životu čovjeka opisao je starost. Svaka faza ima konflikt koji se razriješi uspješno ili neuspješno. Uspješan ishod je integritet, a neuspješan je osjećaj očaja. Starije osobe rade životnu bilancu. Povoljan je ishod osjećaj

smirenosti, pomirenosti i mudrosti, osoba ima osjećaj da je dobro živjela i da njen život ima smisla. Loš ishod je kada osoba osjeća da je život prekratak, da se nisu donosile dobre odluke, može se javiti ogorčenost. Zadovoljstvo je u toj dobi moguće ako se nadide narcizam, a prihvati intimnost i generativnost.

Heinz Kohut, poznati psihoanalitičar, tumačio je da se starci moraju kontinuirano nositi sa narcističkim ozljedama dok se prilagođavaju biološkim, psihološkim i socijalnim gubicima uslijed starenja. Po njemu, glavna je zadaća održati osjećaj vlastite vrijednosti. Bernice Neugarten kao glavni konflikt u starosti vidi odustajanje od pozicije autoriteta i procjena dostignuća i prijašnjih sposobnosti. To je vrijeme pomirenja sa svijetom i razrješavanja tuge za pokojnima i za samim sobom.

Brojne su psihološke zadaće starenja. Nužno je održavanje zdravlja uz istovremno prihvaćanje tjelesne nemoći. Poželjna je orijentacija na sadašnjost i korištenje vremena na gratificirajući način. Potrebna je integracija umirovljenja u životni stil i upotreba novca na mudar način, uz održavanje radne aktivnosti. Važno je prihvaćanje gubitka bliskih osoba i vlastite smrti, no istovremno treba tražiti i održavati društvene kontakte i nove veze. Za mnoge je teško prihvatiti zamjenu uloga s djecom i unucima - djeca se sada brinu za roditelje. Tipični strahovi starih osoba su: da ne postanu žrtve kriminala; da ne ostanu bez svoje uštedevine; da ne postanu senilni, tjelesno nemoćni, ovisni i strah od osamljenosti.

1.1.3 Starenje suvremenog društva

Regionalni ured za Europu SZO postavio je za cilj stvaranje okoline koja podržava zdravo starenje. Zdrava starost je uvijek aktivna starost (10). Broj ljudi s navršениh 60 i više godina dvostruko je veći od 1980. pa do danas, a broj ljudi iznad 80 godina će biti četiri puta veći do 2050 (11). Statistike pokazuju da će starih osoba iznad 65 i više godina u idućih pet godina

nadmašiti broj djece do pet godina, a do 2050. će broj starih osoba iznad 65 nadmašiti ukupan broj djece mlađe od četrnaest godina. Računa se da će do 2050. godine 80% starijih osoba živjeti u slabo ili srednje razvijenim zemljama, što je zabrinjavajući podatak. Dužnost svake humane civilizacije je poštovati i uvažavati starije osobe, dopustiti im da se osjećaju ravnopravnim sudionicima društva. Medicinska, tehnološka i druga znanstvena postignuća osigurali su bolje uvjete života stoga je očekivani životni vijek ljudi u ekonomski razvijenim zemljama u stalnom porastu (12). Istovremeno, dulji životni vijek podrazumijeva češće i dulje poboljšavanje od raznih bolesti u starosti, stoga se sve više koriste zdravstvene i socijalne usluge (2).

Potrebe društva povezane sa skrbi o starijim osobama su u stalnom porastu no društvo relativno sporo rješava tu problematiku (12). Očekuje se da će do 2050.g. trećina svjetske populacije biti starija od 65 godina. To će za posljedicu imati i sve veći broj starih koji boluju od nekih psihijatrijskih poremećaja. Dob predstavlja važan rizični faktor za nastanak većine neurokognitivnih poremećaja. Zaštita tjelesnog i mentalnog zdravlja starijih postati će važan pokazatelj razvijenosti nekog društva (13).

Svjetska zdravstvena organizacija identificirala je sedam ciljeva vezanih za stariju populaciju: postići manje zaraznih bolesti u odnosu na nezarazne; smanjiti rizik za nemoć i nesposobnosti; pružati skrb uz održavanje ravnoteže između autonomije, neformalne i formalne skrbi; utjecati na feminizaciju starenja; utjecati na dobnu diskriminaciju u dostupnosti medicinskih inovacija; poboljšati ekonomiju starijih osoba; i konačno stvoriti novu paradigmu koja starije ljude vidi kao aktivne sudionike, one koji doprinose društvu ali i one koji koriste blagodati sveopćeg razvoja (13).

Usprkos očiglednom starenju društva, svjedoci smo sve očitije diskriminacije starih osoba u svakodnevnom životu. U novije vrijeme govori se o ageizmu (age, engl. dob, starost) kao pojavi karakterističnoj po nepriznavanju ili ograničavanju prava starosnih skupina. Radi se o diskriminaciji na osnovi kalendarske starosti, gledištu koje ne prihvaća individualni pristup starijim osobama nakon određenog broja godina, određivanju sposobnosti i propisivanju

društvenih uloga isključivo na temelju životne dobi, stvaranju stereotipa i sustavnoj diskriminaciji ljudi zato što su stari.

Javno-zdravstveni problem nasilja nad starijima u obitelji nije dovoljno prepoznat u javnosti. Iako postoji zakonska regulativa, upitno je prepoznavanje i prijavljivanje od strane zdravstvenih djelatnika i drugih osoba. Zakoni, državne institucije i udruge građana mogu pomoći u prevenciji, otkrivanju i rješavanju problema nasilja nad starijima. Nužna su daljnja znanstvena istraživanja da bi se u konačnici kreirali kvalitetni preventivski i terapijski programi za žrtve i počinitelje nasilja. Procjenjuje se da se nasilje nad starijima u obitelji pojavljuje u oko 10% opće populacije (14). Počinitelji nasilja su većinom skrbnici (djeca, supružnici) starijih osoba koje su ovisne o pomoći drugih. Rizični čimbenici skrbnika su postojanje psihičkih smetnji, ovisnosti ili financijskih problema. Muškarci su češće fizički nasilni, žene su češće žrtve (14).

1.2 Zdravstvena zaštita u starosti

Zdravstvena zaštita starijih osoba u Hrvatskoj djeluje unutar zajedničkog zdravstvenog sustava. U domovima za stare i nemoćne pruža se osnovna i specifična zdravstvena skrb putem multidisciplinarnih medicinskih timova. Uz liječnika obiteljske medicine, tu su medicinske sestre, fizioterapeuti i drugi zdravstveni djelatnici (15).

U našoj zamlji neurološki i psihijatrijski poremećaji zajedno zauzimaju drugo mjesto na listi vodećih skupina bolesti (9). U domovima za starije osobe najčešći psihički poremećaji su demencije i depresije. Funkcija staračkog doma i njegove brige i strukture osoblja povijesno su usmjereni na upravljanje kroničnim medicinskim stanjima i funkcionalnim invaliditetima, a ne na psihijatrijske i poremećaje ponašanja (16). Osobe sa demencijom ovisne su o pomoći druge osobe. Unatoč visokoj rasprostranjenosti mentalnih poremećaja među stanovnicima staračkih domova i njihovoj hitnoj potrebi za odgovarajućom mentalnom zdravstvenom skrbi, često se

dogđa da starački domovi nemaju temeljnu stručnost, predanost i financijske poticaje za osiguranje odgovarajućeg otkrivanja i liječenja mentalnih poremećaja (17).

Studije su pokazale da je liječenje mentalnog zdravlja u samim staračkim domovima dovelo do poboljšanih kliničkih ishoda i ušteda (7,23). Bartels i sur. pregledom relevantne literature o modelima psihijatrijske skrbi u domovima za starije ustanovio je da je tradicionalna usluga konzultacije na osnovi poziva najmanje učinkovita. Zaključili su da je rutinska prisutnost stručnjaka za mentalno zdravlje u kombinaciji s multidisciplinarnim timom preferirani model pružanja zaštite mentalnog zdravlja u domovima (18). Ipak, često se događa da domovi za njegu ne mogu ugovoriti formalne ugovore s psihijatrima kako bi osigurali njihovu rutinsku dostupnost, zbog toga su potrebni dodatni naponi za uklanjanje prepreka na financijskoj, institucionalnoj i sistenskoj razini (18). U novije vrijeme ulažu se naponi za organiziranjem konzilijarnog psihijatrijskog nadzora starijih osoba u domovima pod nadzorom određenih psihijatrijskih zdravstvenih ustanova (npr. Psihijatrijska bolnica Rab).

1.2.1 Zdravlje i kvaliteta života u starosti

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je zdravlje 1946. godine kao stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti, a ne samo odsustvo bolesti ili nesposobnosti. Mentalno zdravlje je stanje dobrobiti u kojem osoba ostvaruje svoje potencijale, može se nositi sa uobičajenim stresom, produktivna je i sposobna pridonositi društvu (19).

Navedena definicija implicira da zdravlje ne možemo definirati samo stopama morbiditeta i mortaliteta, već zdravlje podrazumijeva i određenu kvalitetu života (20). Najbolji prediktori mentalnog zdravlja su razina tjelesnog zdravlja i funkcionalnost (21). Mentalni poremećaji osoba starije dobi su svi psihijatrijski poremećaji koji se javljaju i u odrasloj dobi, uz organski

uvjetovane psihičke poremećaje, demenciju i delirantna stanja. Procjenjuje se da oko 5% osoba starijih od 65 godina ima demenciju (postupni gubitak kognitivnih funkcija i sposobnosti) (15).

Kvalitetu življenja valja osigurati svim ljudima starije životne dobi. Iznad svega treba im pružiti osjećaj brige, uvažavanja i zahvalnosti. Oni su u svom životnom vijeku tu brigu davali drugima, a sada ona postaje potrebna njima. Važan je svaki pojedinac, pa svaka starija osoba mora biti uključena u djelatnost zajednice u kojoj živi (2).

Istraživanje Brajković pokazalo je da postoje razlike u zadovoljstvu i kvaliteti života kod ispitanika koji stanuju u domu za starije i nemoćne i onih koji žive u vlastitom kućanstvu. Utvrđeno je da su zadovoljanije osobe koje žive u domu za starije i nemoćne. Odlazak u dom može pružiti osjećaj sigurnosti, zaštićenosti, smanjuje brige vezane za svakodnevno funkcioniranje (21). Smanjeni fiziološki kapacitet može utjecati na sposobnost obavljanja više zadataka što potencijalno utječe i na samu kvalitetu života (20). Kvaliteta života starih ljudi bit će bolja tamo gdje postoje i razni oblici pomoći: financijske, profesionalne ili volonterske pomoći, centralizirane ili lokalne. Kvaliteta života ovisi i o kvaliteti obiteljskih odnosa i o tome koliko djeca brinu za svoje roditelje (21). Na kvaliteti života starijih osoba treba poraditi kompletna zajednica, mlade ljude treba implementirati u procese starenja i približiti ih starijim osobama. Sve manje je domaćinstava u kojima živi više generacija i starije osobe su prepuštene same sebi, a tako se produljiva i reakcija na novonastale probleme koji su nezaobilazni u starijoj dobi. Kvaliteta života se mjeri socijalnom i duševnom ubrojivosti i kooperaciji sa svima vanjskim subjektima, što za stariju osobu predstavlja prepreku i počinju se povlačiti i otuđivati.

1.2.2 Izvaninstitucionalna i institucionalna skrb

Institucionalnu skrb za osobe starije dobi pružaju Domovi za starije i nemoćne osobe u javnom sektoru i domovi u privatnom vlasništvu. Broj starijih korisnika dugotrajne institucionalne skrbi

u ekonomski razvijenim zemljama kreće se oko 5%, dok je u Hrvatskoj taj udio puno manji i iznosi 2% iako su potrebe znatno veće (12). U republici Hrvatskoj po podatku iz 2012. godine ima 226 domova za starije i nemoćne, od toga su: 3 državna (171 korisnik ukupno), 45 županijskih domova (10.800 korisnika ukupno), 178 domova drugih osnivača (5200 korisnika ukupno), 204 obiteljska doma i 799 udomiteljskih obitelji (oko 1700 korisnika), (24). Velik problem za smještaj u javne ustanove čine dugačke liste čekanja, pa su osobe starije životne dobi prisiljene koristiti neki od privatnih Ustanova.

Domovi za starije osobe osim osnovnih fizioloških potreba pruža cjelokupnu zdravstvenu brigu i skrb. Zdravstveni djelatnici imaju uvid u potpunu medicinsku dokumentaciju i kronološki prate sve potreba za zdravstveno stanje korisnika. Smanjena mogućnost brige za sebe, otuđenost i kronične bolesti najčešći je razlog smještaja u dom, za kojeg se odlučuje osoba sama ili putem skrbnika. Prosječna starosna dob u domovima je 78 godina, a gotovo 95% korisnika doma ima neku od kroničnih bolesti (23).

Dobro uhodana zdravstvena zaštita i organizacija rada u domovima pružaju kvalitetnu skrb oboljelima i znatno doprinosi njihovoj kvaliteti života. Stručnim znanjem djelatnika korisnici dobivaju svu potrebnu pomoć i njegu, te se sustavno prate najmoderniji trendovi za skrb i brigu. Osim stacionarnih i redovitih pomoći na raspolaganju su svi specijalistički pregledi, kao i upućivanje korisnika na bolničko liječenje. U privatnim domovima u kojima su osobe najčešće smještene zbog popunjenosti kapaciteta javnih domova korisnici često ostaju pacijenti dotadašnjih liječnika obiteljske medicine, a promjenu za liječnika obiteljske medicine kojeg dom osigurava može uvijek zatražiti samostalno ili preko skrbnika.

U Strategiji razvoja sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj od 2011. do 2016. (2011), Vlada RH je kao jedan od prioritetnih ciljeva razvoja sustava socijalne skrbi istaknula upravo zaustavljanje trenda institucionalizacije te provođenje deinstitutionalizacije i transformaciju domova socijalne skrbi i drugih pravnih osoba. No, proces reforme je dugoročan i takav model

zbrinjavanja uključuje niz popratnih elemenata kao što je veća suradnja državnog i civilnog sektora u sferi pružanja skrbi izvan vlastite obitelji, reforma javnih ustanova s ciljem povećanja kvalitete skrbi, preobrazba odgojno-obrazovnog i zdravstvenog sustava u svrhu pružanja adekvatnih usluga, osnivanje stručnih službi i podrške u lokalnoj zajednici (24). Individualizacija usluga i sudjelovanje korisnika u organizaciji skrbi može poboljšati kvalitetu života (19). Politika prema starijim osobama sada se treba usmjeriti na njihove specifične individualne potrebe, temeljene na dokazivim pokazateljima. Potrebno je promišljati o novim i vrlo različitim oblicima i načinima skrbi za starije osobe, zapravo o multidisciplinarnom modelu gdje će biti uključena široka mreža različitih sudionika i uspostavljeni programi izvaninstitucionalne skrbi oslonjeni na resurse starijih osoba, njihovih obitelji, ali i lokalne zajednice (21). Ovaj novi koncept socijalnih usluga u osiguranju dugotrajne skrbi ima cilj osigurati širok opseg prava i usluga ne samo starijim osobama, već i kućanstvima koja brinu o starijem članu, te omogućiti korisniku da vodi samostalan život i suodlučuje o količini i tipu usluga koje će primati (13).

1.2.2.1 Dom za starije i nemoćne osobe Kantrida

Dom za starije osobe "Kantrida" Rijeka je javna, neprofitna ustanova čiji je osnivač Primorsko-goranska županija. Razvio je razne oblike usluga starijim i nemoćnim osobama kroz institucionalne i izvaninstitucionalne oblike usluga. Dom pruža smještaj za 405 osoba. Izvaninstitucijska usluga doma pruža se u domovima korisnika. To su razni oblici pomoći u kući, dostava hrane, uključivanje u sustav "Halo-pomoći", i klubovi za druženje (26). Služba za pomoć u kući prati suvremene metode rada te nastoji implementirati inovacije u svrhu unapređenja kvalitete usluga. Kao najnoviji model rada služba je uvela korištenje dva osobna automobila za što brži i učinkovitiji obilazak korisnika. Vozila koriste njegovateljice na terenu u jutarnjoj i popodnevnoj smjeni. Mjesečno se provodi sustav strategije i analize prijevoza kao i usklađivanje svih aktivnosti unutar službe sa svrhom postizanja visokog stupnja kvalitete usluga (26). Dom Kantrida brine o specifičnostima koje se nameću u održavanju čim kvalitetnijeg života osoba starije životne dobi. U domu su dnevni boravci za druženje i aktivno provođenje vremena korisnika. U dvorani odbija se niza različitih grupnih aktivnosti, kulturnih, društvenih,

vjerskih. Timski rad podrazumijeva suradnju socijalnih radnika, radnih terapeuta, fizioterapeuta, medicinskih sestara i njegovateljica, liječnika. Oni provode timsku psihosocijalnu rehabilitaciju za dementne osobe i osobe sa motoričkim deficitom (26).

Dom Kantrida uključen je u poseban sustav upravljanja kvalitetom ustanova za skrb i njegu starih i nemoćnih. Taj model promovira i pojačava zadovoljstvo i kvalitetu života korisnika i zaposlenika (27). Navedeni sustav, E-Qalin je sveobuhvatan i dinamičan, potiče se interaktivan razvoj koji uzimaju u obzir sve čimbenike socijalnih uspjeha, korisnika i pružatelja (26).

U domu Kantrida smještaj sufinancira županija i cijena smještaja je prilagođena troškovima života u Republici Hrvatskoj. Svi korisnici su pokriveni uslugama primarne zdravstvene zaštite koje financira HZZO, preko koje se rješavaju i specijalistički i dijagnostički pregledi. Liječnik obiteljske medicine izdaje uputnice za određene specijalističke obrade i laboratorijske pretrage na teret HZZO-a. Prema financijskim mogućnostima svim korisnicima je omogućeno i privatno liječenje koje najčešće obavljaju u dogovoru sa obitelji. Psihijatrijsku skrb korisnici doma dobivaju u domu od strane dogovorenog psihijatra.

1.2.2.2 Dom za starije i nemoćne osobe Nina

Dom Nina pruža usluge smještaja i skrbi za osobe starije životne dobi, kapaciteta 65 korisnika u jednokrevetnim, dvokrevetnim i trokrevetnim sobama. Objekt ima više prostorija za dnevno druženje, rekreaciju i opuštanje. U skladu sa svojim željama i mogućnostima vrijeme mogu provoditi i na nekoliko balkona i dvorišnih terasa. Organiziraju se prema željama i psihofizičkim mogućnostima izleti van mjesta boravka kombijima i osobnim automobilom doma. Fizioterapeut vodi brigu o izvođenju korisnika u šatnju do obližnjih kafića i trgovina, te šetnja lokalnim parkom., a u tome sudjeluju i ostali djelatnici. Za vrijeme blagdana i praznika organiziraju se priredbe i posjećivanje raznim manifestacijama. Okupaciono - radna terapija

provodi se radnim danom u trajanju po sat vremena organizirano, a pojedinačno po želji korisnika.

Prehrana prati nutritivne potrebe starijih osoba i prilagođena je prema zdravstvenom stanju korisnika, a manje prema željama. Prema preporukama liječnika priprema se dijetna prehrana i o tome se vodi posebna briga, osobito za dijabetičare koji su ovisni o inzulinu. Tri su glavna obroka i dva međuobroka.

Skrb za korisnike doma vodi tim u kojem su stalno zaposleni u domu: medicinske sestre/tehničari, njegovatelji, spremači, fizioterapeut, socijalna radnica. Vanjski suradnik je liječnica obiteljske medicine zaposlena u domu zdravlja Primorsko-goranske županije koja u dom dolazi dva puta tjedno te je dostupna za sve korisnike, a posebnu skrb vodi kod korisnika koji su njeni pacijenti. Svatko od korisnika zadržava pravo liječnika obiteljske medicine kojem je pripadao da prijema u dom za starije i nemoćne, tako da se njegova sigurnost oko zdravstvene skrbi ne dovodi u sumnju, a privrženost određenom liječniku se nastavlja. Zdravstvena zaštita zagantirana je svima i svi su korisnici u periodu u kojem se vršilo istraživanje imali obavezno i dopunsko zdravstveno osiguranje. Potrebe specijalističkih pregleda pa tako i za psihijatrijske preglede korisnike se upućuju na preglede i pretrage u poliklinike. Korisnicima je omogućeno i psihijatrijsko liječenje i konzultacije psihijataru koji imaju privatne specijalističke ordinacije.

Troškove smještaja u domu Nina kompletno snose korisnici sami i cijene su teret za korisnika i cijelu obitelj. Svi korisnici imaju zdravstveno osiguranje i to je uvjet za prijem u dom. Svim korisnicima sugerira se i dopunsko zdravstveno osiguranje što ih većina i ima. Liječnik obiteljske medicine na teret HZZO-a, uputnicom šalje korisnike na daljnje obrade, pa je tako slučaj i za mentalno zdravlje. Omogućem je dolazak psihijatra privatnika za sve korisnike za koje skrbnik ili obitelj traži i spremni su uslugu platiti.

1.3 Palijativna skrb

„Nije važno činiti velike stvari, već male stvari s velikim srcem!“

Majka Tereza

Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu i djelovanju. Obuhvaća ne samo bolesnika, nego i njegovu obitelj i širu zajednicu (28). Palijativna skrb nastoji očuvati kvalitetu života sve do smrti. Palijativna medicina dio je sveobuhvatne skrbi za bolesnika i nastavak je kontinuiteta preventivne i kurativne medicine. Pojam palijativne skrbi pojavljuje se 2003.g. u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske. Organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj je započeo sa Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, 1994. u Zagrebu (29). Palijativna skrb je određivanje prioriteta u liječenju neizlječivog bolesnika sa ciljem veće kvalitete života. Za osobe oboljele od demencije, palijativna skrb počinje u trenu postavljanja dijagnoze i često traje više od desetak godina (30).

Teškom bolesniku palijativna skrb pristupa holistički, poštujući i psihološke i duhovne aspekte umiranja. Termin "dobra smrt" označava smrt koja se dogodi u obiteljskoj ili obitelji sličnoj okolini (28). U domove za starije ponekad će se uključiti i tim palijativne skrbi, prateći bolesnika prema potrebi (28). Domovi u privatnom vlasništvu često imaju manje radne snage stoga najčešće ne mogu zadovoljiti visoke zahtjeve kvalitetne palijativne skrbi. Svaki oblik dodatne palijativne njega mora biti posebno financiran od strane korisnika.

Do definiranja nacionalnih smjernica Ministarstvo zdravstva je uputilo preporuke za korištenje postojećih svjetskih smjernica za prepoznavanje palijativnog bolesnika (28).

1.4 Gerontopsihijatrija

Gerontopsihijatrija je subspecialistička grana psihijatrije koja se bavi prevencijom, dijagnosticiranjem i liječenjem psiholoških poremećaja u starijih osoba (15). Početke psihogerijatrije bilježimo davne 1906. kada je psihijatar i neurolog Aloiz Alzheimer opisao kliničku sliku demencije. Tek 70-tih godina prošlog stoljeća spoznaje se velika učestalost demencije. Kao početak psihogerijatrije u Hrvatskoj bilježimo 1959.g. kada, inicijativom prim. V. Domca, biva otvoren odjel za gerontopsihijatriju pri psihijatrijskoj bolnici Vrapče (9).

U okviru obilježavanja 55. obljetnice postojanja Psihijatrijske bolnice Rab 2010. godine održan je skup o zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja u Primorsko-goranskoj županiji i regiji. Kao jedan od prioriteta je postavljena prevencija psihičkih poremećaja i zbrinjavanje psihički oboljelih starijih osoba (31). Posebno je istaknut problem smještaja starijih osoba sa psihičkim smetnjama u domove. Poznato je da se zbog pomanjkanja stručnog osoblja prijem starijih osoba s duševnim smetnjama ne prakticira u private domove, te se tako dovodi u pitanje pogoršanje zdravstvenog stanja i kvaliteta života. Državni domovi su preopterećeni kapacitetom, a privatni domovi nisu stimulirani za prijem korisnika sa psihičkim smetnjama.

Psihijatrijska skrb ne podrazumijeva intenzivnu skrb na onaj način kao što to zahtijeva produljeno liječenje duševnog bolesnika. Integracija u skupinu starijih osoba bez mentalnih smetnji je potrebna svakom psihičkom bolesniku, a proces uvodi tim osposobljen za rad u institucionalnom zbrinjavanju.

Evaluacija kompetentnosti osoblja u ovim područjima trebao bi biti obavezan element obuke osoblja. Kao dio profesionalnog usavršavanja, osoblje bi trebalo pohađati sustavne i obavezne tečajeve tijekom kojih će obnavljati svoja znanja.

1.4.1 Najčešći psihijatrijski poremećaji u starosti

Razlikujemo psihičke poremećaje kojima je tipični početak u starijoj dobi, i psihičke poremećaje koji se manifestiraju u svim životnim razdobljima (17). U usporedbi s osobama mlađe i odrasle dobi, starije osobe imaju manju učestalost afektivnih i anksioznih poremećaja (21). U više studija uočen je pad učestalosti depresije u starijoj dobi za koji se smatra da nije isključivo posljedica neprepoznavanja tjelesnih simptoma kao depresivnih (30). U stručnim časopisima demencija se spominje kao najviše zastupljena psihijatrijska bolest kod starih osoba. Detektiranje i prevenciju potrebno je provesti čim ranije.

Depresija se smatra najčešćim psihijatrijskim poremećajem u osoba starije dobi, učestalost se procjenjuje na 10-15% starih osoba (11). Depresiju obilježavaju sniženo raspoloženje ili razdražljivost, potištenost ili utučenost, osjećaj praznine, gubitak interesa, volje i uživanja u aktivnostima u kojima se ranije uživalo. Osoba može bit psihomotrono usporena ili, rjeđe, ubrzana. Česti su poremećaji spavanja, za striju dob je tipčna pospanost tijekom dana uz često buđenje noću ili plitko spavanje. Apetiti je najčešće snižen i osoba može gubiti na tjelesnoj težini. U atipičnim oblicima apetiti može biti povećan. Neke osobe također se žale na teškoće u održavanju koncentracije, neodlučnost, osjećaje krivnje i vlastite bezvrijednosti. Često su prisutna suicidalna razmišljanja ili razmišljanja o vlastitoj smrti. Simtomi moraju biti prisutni najmanje dva tjedna, većinu vremena. Uz navedno mogu biti prisutne i brojne tjelesne tegobe (11). Depresija nije sastavni dio starosti i treba ju liječiti. Česta je u komorbiditetu sa tjelesnim bolestima i često zbog toga ostaje neprepoznata i neliječena. Rana dijagnoza i liječenje doprinosi boljoj kvaliteti života stare osobe, bile one smještene u instituciju ili u vlastitom domu (11).

Zanimljiva je pojava pseudodemencije u sklopu depresivnog sindroma starih osoba. Pacijent se najčešće sam žali na kognitivna zatajenja i teškoće, ističe ih i ne pokušava ih prikriti, naglašeno je ovisan o ukućanima. Kad je riječ o „pravoj“ demenciji bolesnici nastoje prikriti i umanjiti svoje kognitivne teškoće i propadanje funkcionalnosti. Najčešće u nekim situacijama ipak

zamijetimo da pseudodemantna osoba ima očuvane kognitivne sposobnosti. Psihologijsko testiranje može potvrditi ili opovrgnuti klinički dojam.

Demencija je sindrom kojeg karakterizira kognitivno zatajivanje. Demencije se velikom većinom javljaju u starijih kod kojih je razina aktivnosti, u odnosu na srednju dob, smanjena. Stoga je često teško primijetiti početne simptome. Najčešće su isprva prisutne samo smetnje pamćenja no postupno sve kognitivne funkcije bivaju oštećene. U kasnijem tijeku bolesti pojavljuju se poremećaji govora, nemogućnost izvršavanja složenih radnji, nemogućnost prepoznavanja predmeta uz sačuvani vid. Demencija obično počinje sporo, postupno, a oboljele osobe nastoje prikriti smetnje ili ih negiraju. Medicinska pomoć se obično zatraži tek kada se pojave komplikacije: agresivnost, lutanje, bježanje, odbijanje suradnje, nesanica (11).

U ranom stadiju bolesti tipična su oštećenja kratkoročnog pamćenja, stoga je i učenje otežano. Osoba teško pronalazi riječi, notiraju se i promjene raspoloženja i ličnosti. Posebno je naglašen gubitak snalaženja u prostoru, zaboravljivost, otežano računanje, apstraktno mišljenje. Sa napredovanjem bolesti oboljeli gube vremensku i prostornu orijentaciju tako da se više ne uspijavaju snaći ni u vlastitoj kući. Agresivni ispadi i lutanje postaje sve češće. Osoba postaje potpuno ovisna o stalnoj skrbi i nadzoru drugih osoba (11). Najčešći tipovi demencija koje započinju u starijoj dobi su Alzheimerova i vaskularna demencija. Za demenciju u Alzheimerovoj bolesti tipičan je linearno progresivan tijek, a za vaskularnu je propadanje sposobnosti u fazama, nakon naglog gubitka dijela funkcionalnosti slijedi „miran period“, do slijedećeg „pada“. Alkoholizam također uzrokuje demenciju, putem direktnog toksičnog djelovanja alkohola i indirektno putem prehrambenih deficita, trauma i poremećaja koagulacije.

Danas dijagnozu demencije najčešće potvrđujemo slikovnim dijagnostičkim metodama (računalna tomografije, magnetna rezonanca), no početna dijagnoza se postavlja na temelju anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka (podatke daju članovi obitelji). Slijedi detaljan psihijatrijski, internistički i neurološki pregled, laboratorijske pretrage krvi (krvna slika,

elektroliti, glukoza, jetreni enzimi, bubrežna funkcija, hormoni štitne i nadbubrežne žlijezde, serološki testovi, folati, vitamina B12). Na taj način tragamo za uzrocima demencije. Pregledom cerebrospinalne tekućine mogu se otkriti upalni uzroci. Također se iz likvora mogu odrediti i biološki biljezi za Alzheimerovu bolest. Elektroencefalografija (EEG) je neinvazivna i dostupna metoda, korisna za dijagnozu encefalopatija (jetrena encefalopatija, Creutzfeldt-Jacobova bolest, subakutni sklerozirajući panencefalitis). Stupanj kognitivnog oštećenja najčešće se kvantificira jednostavnim i brzim testom Mini Mental State Examination (MMSE). U tablici prikazana je podjela demencija s obzirom na uzroke (Tablica 1).

Tablica 1. Podjela demencija s obzirom na uzroke (prema Groth-Marnat, 2000)

Kortikalne demencije	Alzheimerova bolest
Subkortikalne demncije	Huntingtonova bolest, Parkinsonova bolest
Kortikalne – subkortikalne demncije (mješane)	Vaskularne demencije, bolest Lewyjevih tjelešaca, Biseangenova demencija
Infektivne bolesti	AIDS demencija, Creutzfeldt-jacobsova bolest
Statičke demencije	Alkoholna encefalopatija, Tumori mozga, herpes encefalitis
Reverzibilne demencije	Adissonova bolest, tireoidni poremećaj
Pseudodemencija	Depresija

Skrb o dementnim osobama danas predstavlja velik javnozdravstveni i opći društveni problem. Izvaninstitucionalni oblici skrbi još su nedovoljno razvijeni. Situacija je bolja u velikim urbanim sredinama, no prigradska i ruralna područja nedovoljno su uključena u te oblike skrbi.

Organski uvjetovani psihički poremećaji posljedica su oštećene strukture mozga i električne ili kemijske disfunkcije. Prema važećoj Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) svrstana su u skupinu šifriranu F06. i F07. Pretragama i psihologijskim testiranjem potvrđuje se organsko oštećenje mozga. Najčešće su obolele osobe koje su starije živone dobi i niz godina boluju od hipertenzije ili šećerne bolesti, što u konačnici oštećuje i krvožilni sustav i živčani sustav. Također je uočen čest komorbiditet epilepsije i psihijatrijskih poremećaja iz ove skupine. Kod žena koje imaju poremećaj raspoloženja nužno je provjeriti funkciju štitnjače. Anemija i deficit vitamina može uzrokovati kliničku sliku depresije.

Svi klinički psihijatrijski sindromi mogu biti organski uvjetovani: anksiozni poremećaji, poremećaji raspoloženja, psihotični i sumanutni poremećaji, poremećaji ličnosti. Često su simptomi nešto blaži nego u osoba mlađe i srednje dobi i manje utječu na sveukupnu razinu funkcioniranja. Relativno često je liječenjem teško postići potpuno povlačenje simptoma, sindromi su skloni kronifikaciji. Osnovni pristup u terapiji je farmakoterapija, uz najčešće niže doze lijekova. Psihosocijalne promjene također mogu narušiti normalni proces starenja i time potaknuti razvoj psihijatrijskih poremećaja a kliničku sliku najčešće obilježava povećana anksioznost. Najčešći stresori su smrt supružnika, smrt u obitelji, promjena mjesta življenja, neslaganje u obitelji, suživot s nekoliko naraštaja, ovisnost o drugima (12).

Akutni organski uvjetovani moždani sindrom ili delirij je konfuzno ili smeteno stanje svijesti. U deliriju razina svijesti fluktuiraju tako da bolesnik u jednom trenu može biti potpuno uredno orijentiran a zatim smeten i dezorijentiran. Tipična je vremenska i prostorna dezorijentiranost, uz psihomotorni nemir, prolazne halucinacije i sumanutosti. Najčešći uzroci delirija su metabolički ili endokrinološki disbalans, postoperativni deliriji, infekcija, interakcije lijekova, lijekovi sa

antikolinergičkim nuspojavama. Često je delirij superponiran na demenciju a pojava deliraija može biti prvi znak neke tjelesne bolesti u dementne osobe. Delirantna stanja mogu se javiti i u starijih osoba koje postanu ovisne o anksioliticima ili hipnoticima. Česta je i pojava da se delirantno stanje pojavi zbog promjene sredine, odlaska u bolnicu ili gubitaka bliskih osoba (11).

1.4.2 Psihijatrijska skrb u domovima za stare i nemoćne osobe

Psihijatrijska skrb pojedinaca s ozbiljnim mentalnim bolestima ovisi o postojanju tjelesnih komorbiditeta te bi pomoć u staračkom doma mogla biti prikladnija. Međutim, starije osobe koje boluju samo od psihijatrijskih poremećaja često smatraju da je za njih bolje imati dostupnu njegu i skrb u kući i zajednici, odnosno izvaninstitucionalnu pomoć. Jedna studija otkrila je da dvije petine stanovnika staračkih domova sa psihijatrijskim poremećajima preferiraju ostati u zajednici. Kliničari su također procijenili da je ostanak u zajednici najprikladniji za polovicu starijih osoba sa psihijatrijskim poremećajima. Zanimljivo je da kliničari favoriziraju zajedničke oblike stanovanja (grupe korisnika) kao najbolju opciju za život u zajednici, dok same osobe sa psihijatrijskim poremećajima favoriziraju individualno stanovanje (18).

Ustanovljena su četiri glavna modela psihijatrijske skrbi u domovima. Medicinsko-psihijatrijski model se fokusira na farmakoterapiju simptoma. Psihoterapijske i socijalne intervencije uzimaju u obzir psihosocijalnu perspektivu problema mentalnog zdravlja, ali malo je istraživanja o dugoročnom učinku takvih intervencija na korisnike domova. Istraživanja pokazuju da psihoterapiju treba prilagoditi posebnim potrebama starijih ljudi. Također se u stručnoj literaturi ističe da vrlo malo starih ljudi ima pristup psihoterapiji što moguće upućuje i na diskriminaciju starih osoba. Posljednjih godina pojavili su se holistički ili integrirani modeli zdravstvene zaštite. Ovi su se modeli usredotočili na fizičko i psihosocijalno blagostanje i pokazali su obećavajuće rezultate. Kako bi se optimiziralo propisivanje lijekova, starijim ljudima treba omogućiti bolji pristup psihoterapiji i socijalnim intervencijama. To pretpostavlja obuku zdravstvenih radnika za

takve metode liječenja. Holistički modeli trebaju se dalje razvijati i proučavati te im treba dati prioritet u politici zdravstvene zaštite (33).

1.4.3 Liječenje psihičkih poremećaja u osoba starije životne dobi

Psihijatrijski poremećaji kod starijih osoba najčešće se liječe lijekovima. Psihoterapijski i drugi načini liječenja i dalje su rijetko korišteni i istraživani. Psihoterapija bi trebala biti dostupna i starijim osobama (15). Procjenjuje se da uspješnost psihoterapije više ovisi o crtama ličnosti pacijenta, nego o dobi. Terapeuti moraju biti fleksibilni, aktivni i podržavajući. Ističe se primjerenost suportivne (podržavajuće) psihoterapije u kojoj je naglasak na pozitivnim postignuća pacijenata, a njegove realne potrebe za ljubavlju i brigom se ne frustriraju namjerno (15). Okupacijska terapija podržava pacijentov osjećaj vrijednosti, a zadovoljava i potrebe za druženjem, pripadanjem i zajedništvom.

Osnovno načelo u psihofarmakoterapiji starih osoba je da se liječenje započinje niskim dozama i da se doze sporo titriraju do najniže učinkovite doze. Ovo je načelo poznato po sloganu “Start low, go slow”, što u prijevodu znači: započni nisko (misli se na dozu), idi sporo (misli se na brzinu titracije doza). Koriste se sve grupe psihofarmaka a pri odabiru poželjnog lijeka posebnu pozornost treba obratiti na nuspojave i na moguće interakcije sa drugim lijekovima.

Psihofarmaci su podijeljeni u nekoliko skupina: antidepresivi, antipsihotici, anksiolitici i stabilizatori raspoloženja. Kao lijek izbora danas se preporučuju selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) koji imaju najpovoljniji profil nuspojava i niske su toksičnosti. Najčešće nuspojave su prolazna mučnina ili gubitak apetita (17).

Prvi antipsihotici su haloperidol i flufenazin. Oni blokiraju dopaminske receptore što djeluje na smanjenje psihotičnih simptoma: halucinacija i sumanutosti. Moguće nuspojave su prilično neugodne: parkinsonizam, akatizija, distonije. Atipični antipsihotici (klozapin, sulpirid,

olanzapin, risperidon, kvetiapin, ziprasidon, aripiprazol) dobro djeluju na halucinacije i sumanutosti (tzv. pozitivni simptomi) i na negativne simptome (socijalno povlačenje, afektivna zaravnjenost, akinezija, avolicija). Relativno često dovode do porasta tjelesne težine, i potrebno je redovito kontroliranje glukoze i lipida (34).

Anksiolitici ublažavaju anksioznost ili tjeskobu. Po svom sastavu su najčešće benzodiazepini (34). Koriste se u terapiji gotovo svih psihijatrijskih poremećaja ukoliko je prisutna anksioznost. Indicirani su i u terapiji apstinencijalne krize, epilepsija, motoričkih poremećaja. Najčešća nuspojava benzodiazepinske terapije je dnevna sedacija, uz opasnost od razvoja ovisnosti. Zbog svog sedativnog i miorelaksirajućeg djelovanja mogu uzrokovati padove što je posebno opasno za starije osobe. Oboljeli od kronične opstruktivne plućne bolesti moraju izbjegavati benzodiazepine zbog mogućeg depresivnog učinka na respiraciju (34).

Stabilizatori raspoloženja (valproat, karbamazepin, lamotrigin, litij, gabapentin) su indicirani za terapiju bipolarnog afektivnog poremećaja. U praksi se ponekad propisuju i za tretiranje teškoća u kontroli poriva, ili kao dodatna terapija u rezistentnih poremećaja. Stabilizatori raspoloženja djeluju na funkciju inhibitornih i ekscitatorskih neurotransmiterskih sustava (GABA, glutamat) (34).

U liječenju demencija primjenjuju se antidementivi, lijekovi koji djeluju na poboljšanje kognitivnih i općih funkcija, usporavajući progresiju simptoma bolesti. Hrvatske smjernice za liječenje demencije kao prvi izbor navode inhibitore acetilkolinesteraze, donepezil. Ukoliko nema zadovoljavajućeg terapijskog odgovora, uvodi se rivastimin ili galantamin. Kod teškog oblika demencije korisit se memantin. Pravovremena farmakološka intervencija osim što usporava progresiju bolesti, smanjuje ukupne troškove za zbrinjavanje bolesnika (34).

Posebno je važno istaknuti da u starijih osoba raste rizik od pojave delirantnih konfuznih stanja svijesti nastalih zbog interakcija lijekova. Delirij sam po sebi nosi dodatni rizik od padova i ozljeda a to je u starijoj dobi često „početak kraja“. Komorbiditet tjelesnih bolesti prije je pravilo nego iznimka u tzv. trećoj dobi. Velik dio starih uzima po više lijekova svakodnevno. Kad god je moguće, dobro je da uzimanje lijekova nadzire i još netko od ukućana.

1.4.4 Uloga medicinske sestre i tehničara u institucijama za skrb starijih osoba

Važnu ulogu u psihijatrijskoj skrbi ima medicinska sestra. Promatranje korisnika, evaluacija, utvrđivanje i provođenje zdravstvene njege njeni su glavni ciljevi. Kvaliteta sestrinskog rada doprinosi uspješnom liječenju i održavanju korisnika u postojećem funkcionalnom i zdravstvenom stanju što je moguće dulje. Važno je na vrijeme prepoznati i reagirati u slučaju pojave novih smetnji. Također je u današnje vrijeme jako važno redovito ažuriranje medicinske dokumentacije. Čak i male promjene u psihičkom statusu korisnika valja prenijeti liječniku. Psihijatrijski bolesnici su vrlo ranjiva grupa ljudi a isto vrijedi i za starije osobe, stoga je rizik od zanemarivanja smetnji značajan. Medicinska sestra mora biti zainteresirana, empatična, pouzdana.

Iz navedenog se može zaključiti kako je skrb o starijim psihijatrijskim bolesnicima iznimno težak i emocionalno zahtjevan posao. Da bi mogla taj posao obavljati kvalitetno i pri tome sačuvati vlastito mentalno i tjelesno zdravlje, medicinska sestra mora biti dobro educirana. Nužno je trajno usavršavanje, ne samo zbog kvalitet skrbi koju pruža već i zbog osobnog osjećaja napredovanja u struci. U suradnji sa korisnikom važno je da sestra uspostavi kontakt i sa članovima obitelji, da održava taj kontakt, da upoznava navike korisnika, da uvažava njegove religijske običaje i ostale navike.

Istraživanja o kvaliteti psihijatrijske skrbi u domovima također prate i obilježja osoblja koja su povezana sa kvalitetom. Uočeno je da česte promjene osoblja (odlasci i dolasci zaposlenika) ukazuju na lošiju kvalitetu skrbi (35). Također je poznato da veći broj sestara i njihova bolja edukacija podrazumijeva i bolju kvalitetu za korisnike (35).

Medicinska sestra pri svakom susretu sa korisnikom pruža potporu i potiče ga. Ona ga educira, pomaže mu i pruža mu emocionalnu podršku. Efikasnost skrbi mjeri se prećenjem aktivnosti koje korisnik obavlja samostalno. Samostalnost je indirektni pokazatelj tjelesnog i psihičkog zdravlja. Konačni cilj sestrinske intervencije je bolja kvaliteta života korisnika (16).

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

2.1 Ciljevi

1. Utvrditi udio korisnika domova koji su tijekom jedne godine trebali psihijatrijsko liječenje i postoji li razlika između domova.
2. Utvrditi postoje li razlike između psihijatrijski liječenih korisnika u različitim domovima; praćena obilježja su: dob, spol, prethodno psihijatrijsko liječenje i postavljena psihijatrijska dijagnoza
3. Utvrditi udjele različitih oblika psihijatrijskih intervencija (psihijatrijski pregledi, telefonske konzultacije, psihijatrijske hospitalizacije, psihoterapija, farmkoterapija) za korisnike domova te postoji li razlika u tome između domova.

2.2 Hipoteze

H 1 - Udio korisnika koji su trebali psihijatrijsku skrb u domovima neće se razlikovati između domova.

H 2 – Psihijatrijski liječeni korisnici dvaju domova neće se ralikovati po praćenim obilježjima.

H 3 – Korisnici Doma Kantrida imati će dostupniju psihijatrijsku intervenciju u odnosu na korisnike Doma Nina.

3. ISPITANICI I METODE

Po dobivenim suglasnostima za istraživanje od predstavnika domova, pregledana je pisana medicinska dokumentacija dvaju domova: protokoli i zdravstveni kartoni korisnika. Pregledana je dokumentacija 200 korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Kantrida u periodu od 1. 1. 2018. do 31. 12. 2018.; i 70 korisnika Doma za starije i nemoćne "Nina" u istom tom razdoblju. Za korisnike kod kojih je proveden neki od oblika psihijatrijskog liječenja prikupljeni su podaci o dobi, spolu, ranijem psihijatrijskom liječenju, broju psihijatrijskih pregleda, telefonskih konzultacija, hospitalizacija i psihoterapija u navedenom periodu, razlozima traženja psihijatrijske intervencije, postavljenim psihijatrijskim dijagnozama, i primjenjenim grupama psihofarmaka. Svi podaci su potom statistički obrađeni i analizirani.

Prikupljeni podaci prikazani su kao apsolutne i postotne vrijednosti, te kao aritmetička sredina (X) i standardna devijacija (SD). Korišten je t-test za nezavisne uzorke za utvrđivanje razlike između prosječne dobi korisnika dvaju domova. Za utvrđivanje razlike između pojavnosti (udjela ili frekvencije) određenih obilježja korisnika domova i obilježja liječenja korišten je hi-kvadrat test sa Fisherovom korekcijom za male uzorke. Hi-kvadrat test je neparametrijski test i zasniva se na raspodjeli frekvencija unutar tablice kontigencije.

Statistička značajnost određena je na $p < 0,05$.

Poštivani su svi etički aspekti istraživanja vezano za osiguranje tajnosti identiteta korisnika domova i tajnosti njihovih zdravstvenih podataka.

4. REZULTATI

Pregledana je dokumentacija 200 korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Kantrida u periodu od 1. 1. 2018. do 31. 12. 2018.; i 70 korisnika Doma za starije i nemoćne „Nina” u istom tom razdoblju, kako bi utvrdili udio psihijatrijski liječenih korisnika i da li postoji razlika među domovima. U navedenom razdoblju utvrđeno je da se psihijatrijsko liječenje provelo kod 35 (17,5%) korisnika iz Doma za starije i nemoćne Kantrida i 16 (22,8%) iz Doma za starije i nemoćne „Nina“. Primjenom hi-kvadrat testa sa Fisherovom korekcijom (dvostranom) nije utvrđena statistički značajna razlika u udjelu psihijatrijski liječenih korisnika različitih domova ($p= 0,3751$) (Tablica 2).

Tablica 2. Udio psihijatrijski liječenih korisnika domova Kantrida i Nina

	Psihijatrijski liječeni korisnici	Ostali korisnici	Ukupno	p
Dom Kantrida	35	165	200	0,3751
Dom Nina	16	54	70	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Za korisnike kod kojih je proveden neki od oblika psihijatrijskog liječenja prikupljeni su podaci o dobi, spolu, ranijem psihijatrijskom liječenju te postavljenim psihijatrijskim dijagnozama. U Tablici 3. Prikazana je prosječna dob (\bar{x}) i standardna devijacija (SD) psihijatrijski liječenih korisnika domova. Korišten je t-test za nezavisne uzorke kojim nije utvrđena statistički značajna razlika po dobi između korisnika dvaju domova (Tablica 3.).

Tablica 3. Prosječna dob psihijatrijski liječenih korisnika

	Prosječna dob korisnika u godinama (x)	SD	t	p
Dom Kantrida	82,37	6,93	1,6718	0,1009
Dom Nina	78,38	9,77		

*p<0,05; **p<0,01

U Tablici 4. prikazana je zastupljenost psihijatrijski liječenih korisnika domova prema spolu. Standardna devijacija (SD) psihijatrijski liječenih korisnika domova. Primjenom hi-kvadrat testa sa Fisherovom korekcijom nije utvrđena statistički značajna razlika između korisnika različitih domova s obzirom na spol (p= 0,368) (Tablica 4.).

Tablica 4. Raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika prema spolu

	Muškarci	Žene	Ukupno	p
Dom Kantrida	19	16	35	0,368
Dom Nina	6	10	16	

*p<0,05; **p<0,01

U Tablici 5. prikazana je zastupljenost psihijatrijski liječenih korisnika domova ovisno o tome jesu li ikad ranije psihijatrijski liječeni (prije 2018.g.). Primjenom hi-kvadrat testa sa Fisherovom korekcijom nije utvrđena statistički značajna razlika između korisnika različitih domova s obzirom na postojanje ranijeg psihijatrijskog liječenja (p= 1,000) (Tablica 5.).

Tablica 5. Raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika s obzirom na iskustvo prethodnog psihijatrijskog liječenja

	Ranije psihijatrijski liječeni	Nisu ranije psihijatrijski liječeni	Ukupno	p
Dom Kantrida	12	23	35	1,000
Dom Nina	5	11	16	

*p<0,05; **p<0,01

U Tablici 6. prikazana je raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika domova prema postavljenoj psihijatrijskoj dijagnozi. Primjenom hi-kvadrat testa sa Fisherovom korekcijom nije utvrđena statistički značajna razlika između korisnika različitih domova s obzirom na gotovo sve postavljene psihijatrijske dijagnoze, izuzetak su korisnici sa postavljenom dijagnozom anksioznog poremećaja kojih ima statistički značajno više u domu Nina (p=0,029) (Tablica 6.).

Tablica 6. Raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika s obzirom na postavljenu psihijatrijsku dijagnozu

	Dom Kantrida	Dom Nina	p
Demencija i delirij superponiran na demenciju	12	6	1,000
Organski poremećaj raspoloženja	9	1	0,142
Organski anksiozni poremećaj	1	0	1,000
Organski poremećaj ličnosti i neoznačeni organski duševni poremećaj	4	0	0,295
Alkoholizam	2	0	1,000
Shizofrenija	2	3	0,309
Anksiozni poremećaji	1	4	0,029*
Poremećaj prilagodbe	1	0	1,000
Poremećaj spavanja	3	2	0,643

*p<0,05; **p<0,0

Za korisnike kod kojih je proveden neki od oblika psihijatrijskog liječenja prikupljeni su podaci o razlogu ili povodu traženja psihijatrijske intervencije, o broju psihijatrijskih pregleda, telefonskih konzultacija, hospitalizacija i psihoterapija, te o primjenjenim grupama psihofarmaka.

Primjenom hi-kvadrat testa sa Fisherovom korekcijom (dvostranom) traženo je postoje li statistički značajne razlike između dva doma po navedenim obilježjima. Jedina utvrđena značajna razlika je za indikaciju “mršavljenje, malnutricija” što je u domu Nina bilo značajno češći povod traženju psihijatrijske intervencije (Tablica 7.).

Tablica 7. Indikacije za traženje psihijatrijske intervencije

	Dom Kantrida	Dom Nina	p
Agresivnost	3	2	0,643
Uznemirenost, nemir, napetost	12	5	1,000
Tjeskoba	2	1	1,000
Strah	3	1	1,000
Smetenost	3	0	0,5429
Bezvoljnost	3	0	0,5429
Suicidalnost	4	0	0,295
Halucinacije, konfabulacije	4	3	0,6635
Mršavljenje, malnutricija	0	3	0,0269*
Nesanica	2	1	1,000

*p<0,05; **p<0,01

Analizirani su podaci o tome koliko je psihijatrijski liječenih korisnika bilo na psihijatrijskom pregledu te razlikuju se domovi po tom obilježju. Korištenjem hi-kvadrat testa nije utvrđena statistički značajna razlike između domova, (p= 0,069 (Tablica 8.).

Tablica 8. Raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika s obzirom na obavljene psihijatrijske preglede u domu

	Pregledani od psihijatra	Nisu pregledani od psihijatra	Ukupno	p
Dom Kantrida	33	2	35	0,069
Dom Nina	12	4	16	

*p<0,05; **p<0,01

Analizirani su podaci o tome za koliko je psihijatrijski liječenih korisnika tražena telefonska konzultacija sa psihijatrom. Korištenjem hi-kvadrat testa nije utvrđena statistički značajna razlika između domova (Tablica 9.).

Tablica 9. Raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika s obzirom na traženu telefonsku konzultaciju u domu

	Tražena telefonska konzultacija	Nije tražena	Ukupno	p
Dom Kantrida	19	16	35	0,555
Dom Nina	5	11	16	

*p<0,05; **p<0,01

Analizirani su podaci o tome koliko je psihijatrijski liječenih korisnika domova tijekom jedne godine bilo hospitalizirano na psihijatriji. Hi-kvadrat testom nije utvrđena statistički značajna razlika između domova (Tablica 10.).

Tablica 10. Raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika s obzirom na psihijatrijsku hospitalizaciju

	Hospitalizirani korisnici	Nisu hospitalizirani	Ukupno	p
Dom Kantrida	3	32	35	0,186
Dom Nina	4	12	16	

*p<0,05; **p<0,01

Iz pregledane medicinske dokumentacije dobiveni su podaci o propisivanju psihofarmaka. Psihofarmaci su podijeljeni u osnovne grupe: antidepresivi, antipsihotici i anksiolitici. Statistička analiza (hi-kvadrat test uz Fisherovu korekciju) je pokazala da nema značajnih razlika između domova po propisivanju psihofarmaka (Tablica 11.)

Tablica 11. Raspodjela korisnika prema propisanoj farmakoterapiji

Propisani psihofarmaci:	Dom Kantrida	Dom Nina	p
	Broj korisnika	Broj korisnika	
Antidepresivi	22	8	0,541
Antipsihotici	21	9	1,000
Anksiolitici	27	11	0,730

*p<0,05; **p<0,01

Također su prikupljeni podaci o tome tko je propisao psihofarmake za korisnike domova. U Domu Kantrida antidepresiv je propisao obiteljski liječnik (LOM) za 6 korisnika a psihijatar za 16; u Domu Nina obiteljski liječnik za 3, a psihijatar za 6 korisnika. Antipsihotike su u Domu

Kantrida propisali isključivo psihijatri, za ukupno 21 korisnika. Slično je i u Domu Nina jer su psihijatri propisali antipsihotike za 8 korisnika a obiteljski liječnik samo za jednog. Anksiolitike su nešto češće propisivali psihijatri no vrlo često i obiteljski liječnici. Za 12 korisnika Doma Kantrida anksiolitici su propisani od obiteljskog liječnika, a za njih 15 od psihijatra. U Domu Nina obiteljski liječnici su propisali tu skupinu psihofarmaka za 3 korisnika, a psihijari za 7 korisnika.

Analizirani su podaci o tome koliko je psihijatrijski liječenih korisnika domova tijekom jedne godine bilo uključeno u psihoterapiju. Hi-kvadrat testom nije utvrđena statistički značajna razlika između domova po tome, $p=1,000$ ($p>0,05$) (Tablica 12.).

Tablica 12. Raspodjela psihijatrijski liječenih korisnika s obzirom na uključivanje u psihoterapiju

	Korisnici uključeni u psihoterapiju	Nisu uključeni u psihoterapiju	Ukupno	p
Dom Kantrida	8	27	35	1,000
Dom Nina	3	13	16	

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Također je analiziran ukupan broj pregleda psihijatra za korisnike ovih domova.

Tijekom godine dana psihijatrijski liječeni korisnici Doma Kantrida, njih 33, imali su ukupno 249 psihijatrijskih pregleda, raspon broja pregleda je bio od jednog do 12 pregleda godišnje po korisniku. U Domu Nina bilo je ukupno 52 psihijatrijska pregleda u godini dana za 12 korisnika, u rasponu od 1 do najviše 8 pregleda po korisniku (Tablica 13.).

Tablica 13. Broj psihijatrijskih pregleda za korisnike domova tijekom godine dana

Broj pregleda u godini dana	Dom Kantrida (broj korisnika)	Dom Nina (broj korisnika)	Dom Kantrida (broj pregleda)	Dom Nina (broj pregleda)
1 pregled	1	1	1	1
2 pregleda	0	2	0	4
3 pregleda	0	3	0	9
4 pregleda	3	2	12	8
5 pregleda	2	0	10	0
6 pregleda	2	1	12	6
7 pregleda	5	0	35	0
8 pregleda	10	3	80	24
9 pregleda	4	0	36	0
10 pregleda	4	0	40	0
11 pregleda	1	0	11	0
12 pregleda	1	0	12	0
Total	33	12	249	52

Prosječan broj pregleda psihijatra po korisniku za dom Kantrida iznosi 7,55 ($\pm 2,28$), dok za Dom Nina iznosi 4,33 ($\pm 2,54$). Kotrištenjem t-testa utvrđena je statistički značajna razlika između domova te su korisnici doma Kantrida imali značajno više pregleda po korisniku (Tablica 14.).

Tablica 14. Usporedba broja psihijatrijskih pregleda promatranih domova

Dom	Broj pregleda tijekom jedne godine	x	SD	p
Dom Kantrida N=33	249	7,55	2,279	p<0,001**
Dom Nina N=12	52	4,33	2,535	

t-test; *p<0,05; **p<0,01

Analiziran je ukupan broj telefonskih konzultacija za korisnike promatranih domova. Tijekom godine dana 19 psihijatrijski liječenih korisnika Doma Kantrida imalo je ukupno 38 telefonskih konzultacija. U Domu Nina 5 korisnika imalo je ukupno 10 telefonskih konzultacija. Raspon broja konzultacija je bio od jedne do četiri godišnje za oba doma. Aritmetička sredina je u obje skupine jednaka 2,00 (p=1,000), nema statistički značajne razlike (Tablica15.).

Tablica 15. Usporedbna broja telefonskih konzultacija s obzirom na promatrane domove

Dom	Broj telefonskih konzultacija tijekom jedne godine	x	SD	p
Dom Kantrida N=19	38	2,00	1,106	1,000
Dom Nina N=5	10	2,00	1,225	

t-test; *p<0,05; **p<0,01

5. RASPRAVA

Domovi za starije i nemoćne osobe su institucije u društvenom ili privatnom vlasništvu koje skrbe o starijoj populaciji i pružaju im smještaj i kompletnu zdravstvenu skrb i njegu. U stariju dob ubrajamo sve osobe iznad 65 godina ali domovi zbrinjavaju i mlađe osobe od 65 godina, ako nisu u mogućnosti brinuti o sebi, a drugog izbora nemaju.

Domovi imaju strategiju udovoljiti potrebama starijih i nemoćnih osoba, te se svake godine povećavaju usluge koje nude, a ambijent se prilagođava pokretljivosti i mentalnom stanju korisnika. Uz održavanje osnovnih ljudskih potreba, zdravlju korisnika se posvećuje velika pažnja i svi su korisnici zdravstveno zbrinuti.

Istraživanja u SAD-u ukazala su na promjenu uočenu tijekom 1960-ih i 1970-ih godina. Procjenjuje se da je broj starijih osoba u psihijatrijskim bolnicama smanjio za oko 40% u tom razdoblju, dok se broj psihički bolesnih u staračkim domovima povećao za više od 100% (35). To je bila posljedica politike deinstitutionalizacije što je podrazumijevalo smanjivanje i zatvaranje državnih psihijatrijskih bolnica, stoga su mnoge osobe sa mentalnim bolestima premještene iz kroničnih psihijatrijskih bolnica u staračke domove (40). U preglednom radu o kvaliteti skrbi za psihijatrijske bolesnike u domovima za starije, Grabowski sa suradnicima (2010.) prezentira rezultate malobrojnih istraživanja provedenih u domovima SAD-a (35). Prema pregledanim radovima može se očekivati da četvrtina novoprimljenih korisnika boluje od nekog psihijatrijskog poremećaja osim demencije; da je od tih poremećaja najčešća depresija (35). Preporučuje se učiniti obavezan psihijatrijski pregled pri ulasku u dom te se smatra da bi takva praksa poboljšala kvalitetu zdravstvene usluge.

Usprkos velikoj učestalosti psihijatrijskih poremećaja u korisnika staračkih domova (izuzimajući demenciju), osoblje staračkih domova često je nedovoljno educirano za skrb psihički oboljelih korisnika. Jedno istraživanje u SAD-u je utvrdilo da polovina staračkih domova nije imala

pristup odgovarajućim psihijatrijskim savjetovanjima, a tri četvrtine nisu mogle dobiti konzultaciju od strane stručnjaka za mentalno zdravlje (17). Poboljšanje pristupa i kvalitete psihijatrijske ili psihološke usluge u staračkim domovima i dalje ostaje važan cilj ne samo kliničarima, već i onima koji donose javnozdravstvene odluke i politike (35).

Dom Kantrida kojem je osnivač županija u svojem kompleksu ima ordinaciju liječnika Doma zdravlja primorsko-goranske županije koji radi prema rasporedu matične ustanove HZZOa., dok u dom Nina liječnik obiteljske medicine dolazi dva puta tjedno, ali je u svoje uredovno vrijeme dostupan za potrebe korisnika i ta se usluga posebno plaća. Postupak za specijalističke preglede korisnika domova se ne razlikuje, liječnik obiteljske medicine piše uputnicu i naručuje korisnika na potreban pregled u Klinički bolnički centar Rijeka ili Dom zdravlja. Medicinske sestre/tehničari organiziraju prijevoz i pratnju korisnika, vode brigu o terminu, pripremaju svu potrebnu dokumentaciju i informiraju korisnika o pregledu. Izvan radnog vremena liječnika obiteljske medicine, za medicinsku pomoć korisniku poziva se hitna medicinska pomoć (HMP). Valja istaknuti da dom Kantrida ima višestruko veće kapacitete i više djelatnika te je lociran u gradu, dok se dom Nina nalazi u prigradskom području Rijeke (gradić Čavle).

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je u domu Kantrida za razdoblje od 1.1.2018.-31.12.2018. godine potrebu za psihijatrijskim pregledom i skrbi imalo 35 korisnika (17,5% od ukupnog broja korisnika), a u domu Nina za isto razdoblje 16 korisnika (22,8%). Nije utvrđena statistički značajna razlika u udjelu psihijatrijski liječenih korisnika različitih domova. Rezultati istraživanja provedeni 2014. u domu Buzet su pokazali da je psihijatrijska intervencija bila potrebna kod 50 korisnika što je predstavljalo 31,4% ukupnog uzorka od 159 korisnika (39). Ovi rezultati su u skladu sa aktualnim procjenama da oko 25-30% starih osoba treba psihijatrijsku pomoć (18). Prema podacima iz literature, novija istraživanja pokazuju da među novoprimitim korisnicima u domove raste udio osoba oboljelih od psihijatrijskih poremećaja u odnosu na dementne bolesnike. Od 996.311 osoba koje su 2005. primljene u staračke domove u SAD-u, 19% ih je imalo neki psihijatrijski poremećaj osim demencije, dok je 12% imalo demenciju (36).

Za korisnike kod kojih je proveden neki od oblika psihijatrijskog liječenja prikupljeni su podaci o dobi, spolu, ranijem psihijatrijskom liječenju te postavljenim psihijatrijskim dijagnozama.

Prosječna dob ispitanika kojima je bila potrebna psihijatrijska skrb u domu Kantrida je 82,37 godina, a u domu Nina 78,38 godina. Po prosječnoj dobi korisnici domova se statistički ne razlikuju. Za usporedbu, prema podacima istraživanja provedenog 2015. U Domu za starije i nemoćne osobe u Buzetu prosječna životna dob svih korisnika je 82,2 g. što je vrlo sličan prosjek (37). Neka istraživanja provedena u SAD-u ukazuju da su korisnici domova mlađi od 65 godina značajno češće hospitalizirani na psihijatriji; te da je starija dob povezana sa manjom vjerojatnošću da će korisnik biti pregledan od stručnjaka za mentalno zdravlje (35)

U mom istraživanju također nema razlike po spolu između korisnika različitih domova koji su trebali psihijatrijsku intervenciju. Istraživanje psihijatrijskih intervencija za korisnike doma u Buzetu pokazalo je da je za muškarce češće tražena psihijatrijska pomoć (39). U dostupnoj stranoj literaturi nisam našla podatak koji bi ukazivao da postoji razlika između spolova u starijoj dobi povezana sa psihijatrijskim liječenjem.

Nema razlike između korisnika po dijagnosticiranom psihijatrijskom poremećaju, osim što ima statistički značajno više korisnika sa anksioznim poremećajima u Domu Nina ($p=0,029$). Ovaj rezultat valja uzeti s rezervom zbog vrlo malog uzorka i većeg broja postavljenih dijagnoza. Ipak, ovi rezultati upućuju da nema većih razlika glede psihičkog zdravlja između korisnika društvenih i privatnih domova. Analiza postavljenih psihijatrijskih dijagnoza je pokazala da se demencija pojavljuje podjednako u oba doma za starije i nemoćne, za dom Kantrida utvrđeno je 34,3% korisnika s demencijom, a za dom Nina 31,2%. Relativno malo studija dokumentira ukupni broj osoba s mentalnim bolestima koje žive u staračkim domovima (35). Rane studije korištenjem podataka iz 1977., 1985. i 1999. iz Nacionalnog istraživanja o staračkim domovima (NNHS) procijenile su da je prevalencija korisnika domova s kroničnom mentalnom bolešću ili demencijom otprilike 50% (11).

Za korisnike kod kojih je proveden neki od oblika psihijatrijskog liječenja prikupljeni su podaci o razlogu ili povodu traženja psihijatrijske intervencije. Analiza je pokazala jedinu značajnu razliku - indikacija "mršavljenje, malnutricija" je u domu Nina bila značajno češće postavljena. U dostupnoj literaturi nisam pronašla istraživanja koja bi pratila razloge ili indikacije za traženje psihijatrijskih intervencija. Adekvatno postavljanje indikacije za traženje psihijatrijske ili psihološke intervencije ovisi o razini edukacije osoblja zaposlenog u domovima, stoga se preaćenjem točnosti indikacija može indirektno zaključiti o razini stručnosti zaposlenika domova (38).

Analizirani su podaci o tome koliko je psihijatrijski liječenih korisnika bilo na psihijatrijskom pregledu te razlikuju se domovi po tom obilježju. Nije utvrđena statistički značajna razlike između domova. Ovo upućuje na vjerojatno podjednaku kvalitetu i dostupnost psihijatrijske skrbi za kroisnike praćenih domova. Međutim, analizom podataka utvrđeno je da su korisnici doma Kantrida imali značajno više psihijatrijskih pregleda tijekom jedne godine što je potvrdilo jednu od postavljenih hipoteza. Tijekom godine dana psihijatrijski liječeni korisnici Doma Kantrida, njih 33, imali su ukupno 249 psihijatrijskih pregleda, raspon broja pregleda je bio od jednog do 12 pregleda godišnje po korisniku. U Domu Nina bilo je ukupno 52 psihijatrijska pregleda u godini dana za 12 korisnika, u rasponu od 1 do najviše 8 pregleda po korisniku. S obzirom na to da se istraživanje bavilo uspoređivanjem između doma za starije i nemoćne u državnom vlasništvu i doma za starije i nemoćne u privatnom vlasništvu, očekivano je bilo da će više psihijatrijskih pregleda imati korisnici u domu u državnom vlasništvu, što je i potvrđeno.

Prema stručnoj literaturi, domovi sa više korisnika i domovi koji su locirani u gradu imaju bolju dostupnost psihijatrijske skrbi (35). Ovaj podatak je očekivan s obzirom na stručnost i kompletnost timova u državnom domu, i s obzirom na način financiranja skrbi. Multidisciplinarni timski pristupi favorizirani su kao preferirani modeli usluga, u kombinaciji s modelom specijalista medicinske sestre (35). Dom Kantrida se financira iz županijskog proračuna, dok u domu Nina vlasnik – privatnik sve financira iz uplata korisnika. Ovdje moramo imati u vidu činjenicu da veći dio zdravstvenih usluga pokriva HZZO i za specijalističke

preglede ne bi trebalo biti uskraćivanja. Neki domovi u privatnom vlasništvu uspjeli su dogovoriti konzilijarne psihijatrijske preglede u suradnji sa psihijatrijskom bolnicom Rab što je polučilo dobrom psihijatrijskom skrbi u tim domovima (31).

Od ispitanih korisnika koji trebaju psihijatrijsku skrb iz doma Kantrida tri su hospitalizirana, a iz doma Nina njih četvero, razlika nije statistički značajna. Stručna literatura upućuje na vjerojatno češće hospitalizacije, procjenjuje se da u šestomjesečnom razdoblju otprilike 25% korisnika sa psihičkim poremećajima bude hospitalizirano (35). Moji podaci govore o rjeđoj pojavi hospitalizacija što upućuje na dobru psihijatrijsku skrb i pozitivan utjecaj većeg broja psihijatrijskih pregleda u domu Kantrida. Stanovnici staračkih domova s demencijom kompliciranom miješanom agitacijom i depresijom imaju najvišu stopu akutne hospitalizacije u usporedbi s ostalim skupinama (15,6% tijekom 3 mjeseca), u usporedbi sa samo 9,4% za korisnike bez dijagnoze demencije (18).

Pregledom medicinske dokumentacije korisnika domova Kantrida i Nina ustanovila sam da su psihofarmaci propisivani od strane psihijatarata i liječnika obiteljske medicine. Skupine lijekova koji su propisivani su: antidepresivi, antipsihotici i anksiolitici. Antidepresivi su propisani za 22 psihijatrijski liječena korisnika doma Kantrida i 8 doma Nina, nema značajne razlike. Ustanovljeno je da u oba doma 58,8% korisnika koji trebaju psihijatrijsku skrb koristi antidepresive. U domu Kantrida liječnik obiteljske medicine propisivao je antidepresive za 6 korisnika, a psihijatar 16, u domu Nina za 3 korisnika antidepresiv je propisao liječnik obiteljske medicine, a psihijatar 6. Iznenaduje količina propisanih antidepresiva uz relativno mali broj postavljenih dijagnoza poremećaja raspoloženja i anksioznih poremećaja. Antipsihotik je u domu Kantrida primalo 21 korisnika doma, a u domu Nina 9 korisnika. Nije uočena značajna razlika propisanih antipsihotika kod promatranih dokumentacija između domova. Anksiolitik je u domu Kantrida propisan za 27 od ukupnog broja psihijatrijski zbrinutih korisnika, što je 77,1%, a u domu Nina je to 11 korisnika što je 68,8%. Ne postoji značajna razlika između domova u propisanoj terapiji anksiolitikom. Pregled istraživanja o kvaliteti psihijatrijske skrbi u domovima

u SAD-u ukazuje da su psihotropni lijekovi relativno često propisivani bez indikacije, posebice antipsihotici i anksiolitici, uz trend porasta propisivanja antidepresiva (35).

Odlazak starije osobe u dom povezan je sa većom uporabom psihofarmaka. Procjenjuje se da je u Austriji u 55% slučajeva neprimjereno propisan psihotropni lijek u domovima za starije osobe. Istraživanje iz 2012. pokazalo je da se benzodiazepini propisuju za čak 50 % korisnika domova, najčešće zbog nesаницe ili nemira (30). Neprimjereno propisivanje je usmjereno na brzo ukidanje simptoma, i često je posljedica manjka osoblja (35).

Telefonske konzultacije su se pokazale učinkovita i brzo dostupna pomoć kod psihijatrijske skrbi. Razgovor obavljaju medicinski djelatnici s liječnikom psihijatrom, po potrebi psihijatar može razgovarati i s korisnikom. U istraživanju došli smo do saznanja da je i domu Kantrida 19 korisnika koristilo ovu metodu u psihijatrijskom liječenju, a u domu Nina takav je način upotrebljen za 5 korisnika, te ne postoji značajna razlika među domovima. Britansko istaživanje pokusnog modela psihogerijatrijskog savjetovanja za korisnike staračkih domova nije utvrdilo razliku između konzultacijskih usluga i uobičajene skrbi. Ova studija naglašava ograničenja konvencionalnih modela savjetovanja. Ustanovili su da je samo trećina preporuka za liječenje i provedena, što je najvjerojatnije i glavni uzrok neučinkovitosti ovog modela (35).

Analizom podataka utvrđen je ukupni broj telefonskih konzultacija u razdoblju od jedne godine (2018.godine.) za 19 psihijatrijski liječenih korisnika doma Kantrida i 5 psihijatrijski liječenih korisnika doma Nina, te ukupan broj telefonskih konzultacija za oba doma. U domu Kantrida telefonskih konzultacija je bilo 38, a u domu Nina 10. Nema statistički značajne razlike između domova niti po prosječnom broju telefonskih konzultacija po korisniku, niti po broju korisnika za koje su konzultacije tražene. Raspon telefonskih konzultacija je bio od jedne do četiri konzultacije u jednoj godini. Slično istraživanje iz 2014. godinu u Domu za starije i nemoćne osobe Buzet ustanovili je 40 telefonskih konzultacija za 159 korisnika, no tijekom perioda od tri godine (37). Ovi podaci mogu ukazivati na trend češćeg traženja telefonskih konzultacija u

domovima, što je brz i jednostavan način psihijatrijske intervencije. Kvaliteta konzultacije će zasigurno biti veća ako se konzultira psihijatar koji je prethodno pregledao pacijenta.

Smatra se da psihoterapija i socioterapija nisu dovoljno istraživane, niti dovoljno korištene metode u liječenju starijih osoba. Poznato je da farmakoterapija nosi rizik od nuspojava i interakcija, što u starijoj životnoj dobi, uz često višestruki komorbiditet, može biti i po život opasno stanje. Ne-farmakoterapijske metode nemaju takvih nuspojava i to je njihova očigledna prednost. Usprkos tome, kontinuirano su te metode liječenja zapostavljene. Neka istraživanja pokazuju da su psihoterapijske grupe prisjećanja povezane sa smanjenjem razine depresivnosti u korisnika domova (35). U domu Kantrida u psihoterapiju je bilo uključeno osam (od ukupno 35) a u domu Nina tri osobe (od 16) tijekom praćenog jednogodišnjeg razdoblja. Ovaj podatak je teško raspraviti s obzirom da u dostupnoj literaturi nisam našla podatke o zastupljenosti psihoterapije u domovima. S obzirom na upozorenje stručnjaka o nedovoljnoj primjeni ove metode liječenja za starije, možemo biti zadovoljni da u ova dva doma ipak postoje korisnici koji se tako liječe. To nam indirektno ukazuje na kvalitetu domova i skrbi za korisnike, no potrebno je pratiti ove pokazatelje te ih uporediti sa drugim domovima.

Ovo istraživanje ima većih metodoloških zamjerki. Uzorak je mali, period praćenja je također relativno kratak. Zbog izvanrednih okolnosti (epidemioloških mjera zbog pandemije SARS-COV-2) nisu se prikupili svi podaci o farmakoterapiji kojima se željelo istražiti adekvatnost propisivanja psihofarmaka, povezanost sa dijagnozom, titracije doza lijekova i kombinacije lijekova. Također nisu prikupljeni podaci o sociodemografskim i medicinskim obilježjima korisnika domova za koje nije tražena psihijatrijska intervencija. Stoga se ne mogu niti izvoditi zaključci koji bi nam govorili o tome koja stanja i obilježja čine neku stariju osobu predisponiranom za traženje psihijatrijske pomoći.

Usprkos svemu, ovo istraživanje predstavlja dobar temelj za buduća istraživanja koja valja metodološki uskladiti. Prema rezultatima, može se reći da nema većih razlika u psihijatrijskoj

skrbi za korisnike praćenih domova. Učestalost određenih modaliteta liječanja uglavnom odgovara podacima iz stručne literature. Uočava se potreba za novim istraživanjima, baza znanja iz ovog područja je još uvijek nedostatna. Potrebna su redovita praćenja kvalitete skrbi što bi u konačnici osiguralo bolju zdravstvenu i psihijatrijsku skrb za korisnike domova.

6. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja je bila usporedba psihijatrijske skrbi korisnika doma za starije i nemoćne osobe doma Kantrida i doma Nina. Dom Kantrida pružio je psihijatrijsku skrb za 35 korisnika, a dom Nina za 16 korisnika tijekom jedne godine i nema razlike između domova.

Nije utvrđena statistički značajna razlika između psihijatrijski liječenih korisnika u domovima Kantrida i Nina po dobi, spolu i prisustvu prethodnog psihijatrijskog liječenja. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da nema značajnije razlike između korisnika domova po postavljenim psihijatrijskim dijagnozama, izuzev po postavljenim dijagnozama anksioznog poremećaja kojih ima statistički značajno više kod korisnika u domu Nina. Zbog kratkog perioda praćenja, malog broja ispitanika i relativno velikog broja postavljenih dijagnoza, vjerojatno se radi o slučajnosti.

Također je ustanovljena jedna statistički značajna razlika u postavljanju indikacije za psihijatrijsku intervenciju. U domu Nina je više puta kao indikacija postavljeno „mršavljanje, malnutricija“, dok to nije bila jedna od indikacija u domu Kantrida. U postavljanju ostalih indikacija nisu utvrđene razlike. Pronađena razlika moguće je posljedica kratkog perioda praćenja i malog broja ispitanika.

Korisnici doma Kantrida i doma Nina koji su trebali psihijatrijsku skrb liječiti su se farmakoterapijom, telefonskim konzultacijama, psihoterapijom i hospitalizacijom. Od farmakoterapije bez značajnije razlike među domovima propisivani su antidepresivi, antipsihotici i anksiolitici. Lijekovi su propisani od strane liječnika primarne zdravstvene zaštite i psihijatra.

Telefonske konzultacije koristili su korisnici obaju domova i nije utvrđena značajnija statistička razlika u broju konzultacija, niti u broju korisnika za koje je konzultacija tražena. Raspon broja konzultacija bio je od jedne do četiri godišnje u oba doma. U psihoterapiju u domovima bio je uključen podjednaki udio korisnika i nema značajne razlike. Na psihijatrijsko bolničko liječenje bio je upućen podjednak broj korisnika iz oba doma i nema značajne razlike između domova.

Više korisnika doma Kantrida je bilo pregledano od psihijatra u usporedbi sa korisnicima doma Nina, no razlika nije statistički značajna. Značajno više pregleda u jednoj godini po korisniku imao je dom Kantrida s rasponom broja pregleda od jednog do dvanaest godišnje, u odnosu na dom Nina s rasponom od jedan do najviše osam pregleda po korisniku. Ovo je očekivani nalaz koji je u skladu sa nalazima iz stručne literature.

7. SAŽETAK

Dom za starije i nemoćne osobe pruža usluge skrbi izvan vlastite obitelji starijoj te nemoćnoj osobi kojoj je zbog trajnih promjena u tjelesnom i mentalnom zdravstvenom stanju prijeko potrebna stalna pomoć i njega druge osobe. U Republici Hrvatskoj domovi su u društvenom ili u privatnom vlasništvu.

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlikuje li se psihijatrijsko liječenje korisnika u domu u društvenom vlasništvu od doma u privatnom vlasništvu. Pretpostavila sam da se udio korisnika koji su trebali psihijatrijsku skrb neće razlikovati po dobi, spolu, iskustvu ranijeg psihijatrijskog liječenja i po psihijatrijskoj dijagnozi. Obzirom da je dom Kantrida u državnom vlasništvu očekivala sam dostupniju psihijatrijsku skrb za korisnike tog doma.

Podaci su prikupljeni pregledom dokumentacije 200 korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Kantrida u periodu od 1. 1. 2018. do 31. 12. 2018.; i 70 korisnika Doma za starije i nemoćne Nina u istom tom razdoblju. Psihijatrijsku intervenciju trebalo je tijekom tog perioda 35 korisnika doma Kantrida i 16 korisnika doma Nina. Analiza podataka je pokazala da nema značajne razlike u udjelu psihijatrijski liječenih, prosječnoj dobi, spolu i psihijatrijski ranije liječenih korisnika. Prema postavljenim psihijatrijskim dijagnozama korisnika sa dijagnozom anksioznog poremećaja ima statistički značajno više u domu Nina ($p=0,029$). Jedina utvrđena značajna razlika je za indikaciju “mršavljenje, malnutricija” što je u domu Nina bilo značajno češći povod traženju psihijatrijske intervencije ($p=0,0269$).

Nije utvrđena značajna razlika među domovima s obzirom na broj korisnika za koje je tražen psihijatrijski pregled, telefonska konzultacija i hospitalizacija na psihijatriji. Također nema razlike u broju korisnika koji su liječeni određenom skupinom psihofarmaka ili su bili uključeni u psihoterapiju. Broj psihijatrijskih pregleda statistički značajno je veći u domu Kantrida.

Većina rezultata je očekivana i u skladu sa postavljenim hipotezama. O korisnicima sa mentalnim poremećajima u oba doma vodi se odgovarajuća stručna briga što nam pokazuje mali udio hospitalizacija te očekivani udio korisnika koji su primili psihijatrijsku skrb.

Ključne riječi: psihogerijatrija, psihijatrijski poremećaji, starost, dom za starije i nemoćne

8. ABSTRACT

Nursing homes provide services to an elderly person, who, due to permanent changes in physical and mental well-being, needs constant care of another person. In the Republic of Croatia, nursing homes are either publicly or privately owned. The main objective of this study was to examine whether psychiatric treatment of patients is different in publicly and privately owned nursing homes. I assumed that the proportion of patients who needed psychiatric care will not vary by age, gender, prior psychiatric treatment experience, and psychiatric diagnosis. Since the Nursing home Kantira is state-owned, I expected a significant difference in the psychiatric care of patients.

Data was collected by reviewing the documentation of 200 patients of the Nursing home Kantrida in the period from 1 January 2018 to 31 December 2018; and 70 users of the Nursing home Nina in that same period. During that period, 35 patients of the Nursing home Kantrida home and 16 patients of the Nursing home Nina needed psychiatric intervention. The analysis of the data showed that there was no significant difference in average age, gender and patients who had previous psychiatric treatments. According to the established psychiatric diagnoses, there are more patients with an anxiety disorder in the Nursing home Nina, and the difference is statistically significant ($p = 0.029$). The only significant difference found was for the indication “weight loss, malnutrition”, which was a significantly more frequent reason for seeking psychiatric intervention in the Nursing home Nina ($p = 0.0269$).

No significant difference was found between the institutions with regard to the number of patients for whom a telephone consultation and psychiatric examination and hospitalization was requested. There is also no difference in the number of patients who were treated with a particular group of psychopharmaceuticals or were involved in psychotherapy. The number of psychiatric examinations is significantly higher in the Nursing home Kantrida.

Most of the results were expected and in accordance with the set hypotheses. Appropriate professional care is provided for users with mental disorders in both institutions, which is shown by the small share of hospitalizations and the expected share of patients who received psychiatric care.

Keywords: psychogeriatrics, mental disorders, old age, nursing home

9. LITERATURA

1. Despot - Lučanin, J., Havelka, M., Lučanin, D. (2005). Kvaliteta starenja - samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. Društvena istraživanja, 4-5 (84-85), 801-817
2. Galić S, Tomasović N, Mrčela i sur., Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije
3. Krizmanić M. Jesenji valcer: šetnja sunčanom stranom starenja. Zagreb: V.B.Z; 2014.
4. Lovreković M, Leutar Z, Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu, Socijalna ekologija, br.1, ožujak 2010.
5. Bonner C. Reducing stress-related behaviors in people with dementia: care-based therapy, second edition. London: Jessica Kingsley Publishers, 2006.
6. Hautzinger, M. (2002). Depresija. Naklada Slap: Jastrebarsko
7. Pernar M, Frančišković T. Psihološki razvoj čovjeka. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilšta u Rijeci - Biblioteka „Izazovi u psihijatriji” 2008., 105-109.
8. Soares Pernambuco C, Minelli Rodrigues B, Pereira Bezerra JC, Carrielo A, Dias de Oliveira Fernandes A, Quality of life, elderly and physical activity. Helth. 2012;88- 93.
9. Mimica N. Komunikacija s osobom oboljelom od demencije. Medix 2011; 17(92 - Suppl 1): 56-80.
10. Heinrich S, Lupp M, Matschinger H, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG, König HH. Service utilization and health-care costs in the advanced elderly. Value in health, 2008;11(4): 611-
11. Mimica N, Uzun S, Folnegović-Šmalc V, Markan Šošić V, Ljubin T. Sertraline: Depresija – etiologija, dijagnostika i liječenje.
12. Akiskal SH. Mood Disorders: Clinical features. U: Kaplan & Sadock's, ur. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, 1611-52.
13. Žganec N. Savjetovanje: starost i starenje – izazov današnjice. Makarska; 6. – 8. Prosinca 1995. OJS_file.pdf: Pristupljeno: 18.02.2019.
14. Nasilje nad starijim osobama, <https://www.researchgate.net/publication/26579204>: Pristupljeno 08.03.2020.

15. Ickowicz E., American Association of Geriatrics and American Association of Geriatric Psychiatry recommendations for policies that support quality mental health care in American nursing homes. *Journal of the American Geriatric Society*. 2003; 51 (9): 1299–304.
16. Smith M, Mitchell S, Buckwalter KC et al. Risk profiles for nursing home placement of rural elderly: A cluster analysis of psychogeriatric indicators
17. Reichman WE, Coyne AC, Borson S et al. Psychiatric consultations in a nursing home. A survey of six states. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998; 6 (4): 320–7.
18. Bartels SJ, Moak GS, Dums AR. Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. *Psychiatric services*. 2002; 53 (11): 1390–6.
19. Brajković L, Vuletić G, Benjak T, Brkljačić T, Golubić R, Ivanković D, i sur. *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Hrvatska naklada za znanost; 2011.
20. Martinis T. *Percepcija kvalitete života u funkciji dobi*. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta, Odsjek za psihologiju; 2005. <http://darhiv.ffzg.hr/337/> Pristupljeno 28.02.2020
21. Žganec N, Rusac S, Laklija M. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Rev Soc Polit*, 2008;15(2):171-187.
22. Bell V, Troxel D, Cox T, Hamon R.] e *Best Friends book of Alzheimer's*, Volume One, third edition. Baltimore: Health Professions Press, 2007.
23. Poljičanin, T., Beljak, T. (2013). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2012. godinu*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb <http://www.stampar.hr/sites/default/files/Publikacije/2018/web.pdf>; Pristupljeno 28.02.2020
24. Tomek Rokсандić S, Čulig J. *Živjeti zdravo, aktivno produktivno starenje*. Zagreb: Pliva d.o.o, 2005, 5-10.
25. Waite J, Harwood RH, Morton IR, Connelly DJ. *Dementia care: a practical manual*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
26. Dom za starije i nemoćne Kantrida. Dostupno na: <https://www.rijeka.hr teme-za-gradane/obitelj-i-drustvena-skrb/socijalna-skrb/socijalne-usluge-i-laicke-potpore/dom-starije-nemocne-osobe-kantrida/> Pristupljeno 08.03.2020.
27. MODEL E-QALIN – STANDARDI KVALITETE. Dostupno na:

- <http://www.dom-kantrida.hr/model-E-Qualin.html>: Pristupljeno 08.03.2020.
28. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>: Pristupljeno 08.03.2020.
29. Jušić, Anica i suradnici, Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga Zagreb 1995.
30. Stevanović, M. (2009). Gerontologija. <https://www.academia.edu/>; Pristupljeno 28.02.2020.
31. Stručni skup: Zaštita i unapređenje mentalnog zdravlja u PGŽ i regiji http://www.bolnicarab.hr/hr/strucni_skup_zastita_i_unapredenje_mentalnog_zdravlja_u_pgz_i_regiji/122/54: Pristupljeno 28.02.2020.
32. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014.g. <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2019/03/Bilten-mentalne.pdf>. Pristupljeno 10.08.2019.
33. Páll Biering, Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: a critical review of models of mental health care; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6509324/> Pristupljeno 04.03.2020.
34. Zijad Duraković i suradnici. Farmakoterapija u gerijatriji. C.T., Poslovne informacije, d.o.o. Zagreb, 2011.
35. Grabowski DC, Aschbrenner KA, Rome VF, Bartels SJ, Quality of Mental Health Care for Nursing Home Residents: A Literature Review; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2981653/> Pristupljeno 10.07.2020.
36. Fullerton CA, McGuire TG, Feng Z, Mor V, Grabowski DC. Trends in mental health admissions to nursing homes, 1999–2005. *Psychiatric Services*. 2009;60:965–971.
37. Voivoda Stančić, C.; Psihijatrijske intervencije u domu za starije i nemoćne – Buzet. Fakultet zdravstvenih studija, Sveučilište u Rijeci, Završni rad, 2015.
38. Wong CK. Even when she forgot my name: love, life and my mother's Alzheimer's. Singapore: Epigram, 2009

10. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 3. svibnja 1956. godine u Malom Lošinjju. Osnovnu školu završila sam na otoku Rabu, a školu za medicinske sestre/tehničare u Zagrebu. Na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci završila sam preddiplomski stručni studij sestrinstvo 2015. godine. Stručni diplomski studij sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu upisala sam 2017. na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci.

Radila sam u Psihijatrijskoj bolnici Rab i Kliničkom bolničkom centru Rijeka, a od 1998.g. radim u Domu za starije i nemoćne osobe „Nina“, Čavle.