

# KVALITETA ŽIVOTA I DOŽIVLJAJ ZDRAVLJA STARIJIH OSOBA ZA VRIJEME HOSPITALIZACIJE

SNJEŽANA BENKO, dipl. physioth., PhD(c)<sup>1</sup>, ANDRIJA POLJAK, bacc. physioth.<sup>1</sup>

ANTUN JURINIĆ, mag. physioth., PhD(c)<sup>1</sup>, PETRA MANDIĆ JELASKA, PhD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zavod za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju KB Sveti Duh, Zagreb

<sup>2</sup> Kineziološki fakultet u Splitu

## Sažetak

**UVOD:** Hospitalizacija uključuje suočavanje bolesnika sa procesom liječenja i mogućim nuspojavama pojedinih pretraga i farmakološke terapije, nedostatak intimnog prostora, korištenje medicinske terminologije, djelomičnu zabranu pristupa članovima obitelji i prijateljima. Uz razne pozitivne efekte boravka u bolnici, sve prethodno navedeno može negativno utjecati na kvalitetu života i doživljaj zdravlja hospitaliziranih osoba.

Cilj rada je istražiti kvalitetu života i doživljaj zdravlja starijih osoba za vrijeme hospitalizacije na odjelima kardiologije, pulmologije i neurologije putem ispunjavanja upitnika o zdravlju.

**MATERIJALI I METODE:** Provedeno je kvantitativno empirijsko istraživanje u kojem je sudjelovalo 40 ispitanika hospitaliziranih na odjelima kardiologije, pulmologije i neurologije Kliničke bolnice Sveti Duh u Zagrebu u dobi od 60-75 godina. Ispitanici su ispitani petog do sedmog dana hospitalizacije a uzorak su činili samo oni ispitanici koji su do hospitalizacije bili samostalno pokretni. Ispitanici su ispunili EQ-5D-3L upitnik o zdravlju EuroQol grupe i procjenili su bol putem vizuelne analogne skale. Ispitanici su i odgovorili na 2 pitanja na nominalnoj skali da/ne. Pearsonov koeficijent korelacije je korišten sa ciljem ispitivanja kompatibilnosti odnosno pouzdanosti primijenjenih numeričkih skala. Za metode obrade podataka, uz parametre deskriptivne statistike korištena je ANOVA čijim korištenjem su ispitane razlike srednjih vrijednosti mjerenih varijabli među promatranim grupama.

**REZULTATI:** Ispitanici su ocijenili kvalitetu života i doživljaj zdravlja zadovoljavajućim. Nije dokazana statistički značajna razlika u kvaliteti života i doživljaju zdravlja obzirom na odjel na kojem ispitanik leži. Važno je istaknuti da više od polovice ispitanika (65%) smatra da bi mogla biti aktivnija za vrijeme hospitalizacije.

**ZAKLJUČAK:** Rezultati istraživanja implicitno ukazuju na činjenicu da se bolesnike nerijetko ograničava u njihovim aktivnostima svakodnevnog života za vrijeme boravka u bolnici te na vjerojatne pozitivne efekte mogućeg prekida

„trends imobilizacije“. Zaključno, pacijente i u bolnici treba motivirati da budu što samostalniji u skrbi za sebe kako bi se povećala kvaliteta života i spriječile komplikacije dugotrajnog ležanja.

**KLJUČNE RIJEČI:** doživljaj zdravlja, aktivnosti svakodnevnog života, bolnica, pacijenti

## QUALITY OF LIFE AND EXPERIENCE OF HEALTH OF ELDERLY DURING HOSPITALIZATION

1. Department of physical medicine and rehabilitation, „Sveti Duh“ University Hospital, Zagreb

2. University of Split Faculty of Kinesiology

## Abstract

**INTRODUCTION:** Hospitalization includes dealing with the process of treatment and possible side effects of medical tests and drug treatment, lack of intimacy, the use of medical terminology, a partial ban on access to family members and friends. With a variety of positive effects of hospital stay, all the above can adversely affect the quality of life and experience of the health of hospitalized patients. The goal of this paper was to investigate the quality of life and experience of health of older people during hospitalization in the departments of cardiology, pulmonology and neurology by filling out a questionnaire about health.

**MATERIALS AND METHODS:** The quantitative empirical research, which involved 40 patients hospitalized in the departments of cardiology, pulmonology and neurology in the University hospital „Sveti Duh“ in Zagreb aged of 60-75 years, from fifth to seventh day of hospitalization, which were independently mobile prior to hospitalization. Respondents completed the EQ-5D-3L questionnaire

about health. For data processing methods, along with the parameters of descriptive statistics, ANOVA for testing differences in the mean values of monitored variables EQ-5D-3L index and visual analog scale (VAS) has been performed.

**RESULTS:** Respondents were satisfied with quality of life and experience of health. There was no significant difference in the quality of life and experience of health relating to the department where the respondent was hospitalized. It is important to point out that more than half of respondents (65%) believed that they could be more active during hospitalization.

**CONCLUSION:** The results of research implicitly point to the fact that patients often limit their activities of daily life during the hospital stay and the likely positive effects of a possible disruption of „trend of immobilization“. In conclusion, patients should be motivated to be as independent as possible in caring for themselves to improve the quality of life and prevent complications of prolonged bed rest during the hospitalization.

**KEY WORDS:** experience of health, activities of daily living, patients

## Uvod

Starenje je prirodna, normalna fiziološka pojava koja je izrazito individualna za svakog čovjeka. Svaki čovjek drugačije stari tako da je populacija starije životne dobi prepoznata kao heterogena skupina. Proces starenja definiramo kao progresivan, stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava.

Istraživanja starenja su poglavito usmjerena na procese starenja koji se zbivaju tijekom čitavog života i promjene funkcije organizma starije osobe uslijed patološkog procesa. Brojne su predrasude i pogrešni stavovi da je starost nužno povezana s funkcionalnom onesposobljenošću i bolešću.

Međutim posve je jasno da starenje i bolest često dolaze zajedno, naročito kada govorimo o kroničnim bolestima. Svaki pojedinac drugačije doživljava svoju starost, zdravlje i kvalitetu života. Dakle, jedan od značajnih čimbenika subjektivne procjene starosti je doživljaj vlastitog zdravstvenog stanja. Zdravstveno stanje može narušiti bolest, pojava koja se sastoji od više elemenata i ima utjecaj na čovjekovo fizičko, psihičko i socijalno funkcioniranje. Što je osoba bolesnija, osjeća se starijom te vrlo vjerojatno ima problema sa funkcionalnim sposobnostima kao i u socijalnoj interakciji. U svijetu se sve veći značaj posvećuje bolesnim stanjima koja u starijoj životnoj dobi često dovode do funkcionalne onesposobljenosti poput kardiovaskularnih bolesti, hipertenzije, cerebrovaskularnih bolesti, diabetes mellitusa, raka, kronične obstruktivne plućne bolesti, osteomuskularne bolesti (osteoporoza, artritis), mentalnih poremećaja (demencija, depresija) sljepoće i vidnih poremećaja.

Gerontološko-javnozdravstvene analize pokazuju da konstantan rast populacije starijih osoba mijenja i strukturu

korištenja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, tako da bilježimo povećani udio hospitaliziranih gerijatrijskih bolesnika od 28,81% u 2004. do 33,20% u 2006. godini u ukupnom broju hospitaliziranih osoba (1).

Ukoliko se zdravstveno stanje pogorša do te mjere da je potrebna hospitalizacija, za očekivati je da će ista imati značajan, vrlo vjerojatno negativan učinak na kvalitetu života starijih osoba. Boravak u bolnici uključuje suočavanje sa procesom liječenja i mogućim nuspojavama pojedinih pretraga i farmakološke terapije, nedostatak intimnog prostora, prisustvo brojnih članova medicinskog tima, korištenje medicinske terminologije, djelomičnu zabranu pristupa članovima obitelji i prijateljima. Različite socijalno-medicinske poteškoće i problemi mogu izazvati psihičku dekompenzaciju kod gerijatrijskog bolesnika. Komunikacijske poteškoće su nerijetko prisutne kod zbrinjavanja boli i simptoma u gerijatrijskih bolesnika s dijagnozom demencije. Sve navedeno može prouzročiti stres te negativno utjecati na kvalitetu života hospitaliziranih starijih osoba. Nadalje, od izuzetnog značaja za smanjenje stresa i podizanje kvalitete života je način komunikacije medicinskog osoblja sa bolesnicima. Potrebno im je omogućiti aktivan pristup u rješavanju njihovih problema, objasniti im problem i uključiti empatiju kao socijalno-emotivnu vezu između zdravstvenog djelatnika i starijeg bolesnika. Ukoliko je starija osoba nesamostalna u donošenju odluka potrebno je uključiti treću osobu, najčešće člana obitelji (2). Hospitalizaciju osim samih bolesnika stresnom doživljavaju i supružnici oboljelih te su fizički i psihički simptomi stresa daleko veći za vrijeme boravka supružnika u bolnici u usporedbi sa simptomima šest tjedana nakon otpusta (3).

Članovi obitelji razvijaju nepoželjne psihološke poremećaje poput anksioznosti, akutnog stresnog poremećaja, depresije. Najviše su pogođeni roditelji novorođenčadi i pedijatrijskih bolesnika, ali i članovi obitelji odraslih bolesnika i psihološki poremećaji mogu biti prisutni duže od 4 godine nakon otpusta iz jedinice intenzivnog liječenja. Na prevenciju nevedenih psiholoških poteškoća značajno utječe način komunikacije zdravstvenih djelatnika sa članovima obitelji (4).

Brojni radovi govore o utjecaju hospitalizacije na stres kod djece dok istraživanja o utjecaju hospitalizacije na odraslu populaciju nisu tako brojna. Svakodnevne aktivnosti prućene glazbom u trajanju od 15-30 minuta za vrijeme hospitalizacije značajno smanjuju razinu stresa kod djece (5).

Primjena kognitivne bihevioralne psihoterapije i psihofarmakoterapije smanjuje posttraumatski stres i poboljšava tjelesnu funkciju kod osoba koje su hospitalizirane zbog traumatskih ozljeda (6). Nadalje, hospitalizacija povećava rizik pogoršanja kvalitete života starijih osoba neovisno da li su hospitalizirane u jedinici intenzivnog liječenja ili na odjelu. Naime, proučavajući kvalitetu života (fizičku i mentalnu komponentu) nakon otpusta kod bolesnika hospitaliziranih u jedinicama intenzivnog liječenja i onih na kliničkim odjelima nije uočena značajna razlika u kvaliteti života dok je značajna razlika uočena između svih hospitaliziranih osoba i onih koje nisu bile hospitalizirane (7).

Za vrijeme hospitalizacije postoje ograničavajući faktori za provođenje aktivnosti bolesnika međutim ponekad ti faktori nisu objektivni i poželjno je motivirati bolesnike da budu što samostalniji u skrbi o sebi i da im se omogući provođenje određenih aktivnosti.

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti kvalitetu života i doživljaj zdravlja starijih osoba za vrijeme hospitalizacije na odjelima kardiologije, pulmologije i neurologije putem ispunjavanja upitnika o zdravlju. Postavljena su slijedeća istraživačka pitanja: Ispitati razinu kvalitete života i doživljaj zdravlja bolesnika tijekom boravka u bolnici te postoji li razlika u kvaliteti života i doživljaju zdravlja između bolesnika obzirom na klinički odjel?

## Materijali i metode

### Uzorak ispitanika

Provedeno je kvantitativno empirijsko istraživanje u kojem je sudjelovalo 40 trenutno dostupnih ispitanika, hospitaliziranih na odjelima kardiologije, pulmologije i neurologije KB „Sv. Duh“ u Zagrebu u vremenskom periodu od mjesec dana. Ispitanici su bili u dobi od 60-75 ( $AS \pm SD$  66,51 $\pm$ 4,15) godina, 21 žena i 19 muškaraca, samostalno pokretni prije hospitalizacije te zadovoljavajućih kognitivnih sposobnosti. Ispitanici su samostalno ispunili upitnik petog do sedmog dana hospitalizacije uz prethodno potpisanu suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Temeljem subjektivne procjene istraživača jedan ispitanik je eliminiran budući je u dobi od 72 godine, hospitaliziran na odjelu neurologije označio svoje zdravlje kao maksimalno dobro što je identificirano kao nerealno popunjen upitnik.

### Opis eksperimentalnog postupka

U istraživanju je korišten upitnik o zdravlju EQ-5D EuroQol grupe, za čiju dozvolu je bila potrebna registracija i dozvola EuroQol grupe što je i učinjeno. Nakon dobivene dozvole za korištenje upitnika na hrvatskom jeziku pristupilo se pronalaženju hospitaliziranih bolesnika zadovoljavajućih ključnih kriterija. Istraživač je ispitanicima objasnio svrhu popunjavanja upitnika. Ispitanici su samostalno odgovorili na 5 pitanja i procijenili svoje zdravlje pomoću vizualne analogne skale (VAS).

### Uzorak varijabli

Pitanja u upitniku su se odnosila na psihofizičko stanje pojedinca i doživljaj vlastitog zdravlja. Odgovarajući na pitanja o pokretljivosti, mogućnostima obavljanja aktivnosti svakodnevnog života, skrbi o sebi, boli i tjeskobi ispitanici su imali mogućnost odlučiti se za jedan od tri ponuđena odgovora. Obzirom na upute o korištenju upitnika, odgovorima je dodijeljen broj od 1-3, te se pomoću kalkulatora dobio EQ-5D-3L indeks. Raspon indeksa je od 0,00 do 1,00, gdje se EQ-5D-3L indeks 1,00 odnosi na najpozitivnije moguće odgovore na 5 ponuđenih pitanja. Vizualna analogna skala (VAS) se odnosi na subjektivnu procjenu trenutnog doživljaja zdravlja gdje 0 označava najgore moguće zdravlje, a 100 najbolje moguće zdravlje. Važno je istaknuti da vrijednost varijable EQ-5D-3L=1,00

je ekvivalentno sa iznosom varijable VAS=100. Upitniku su nadodana dva pitanja koja se odnose na zadovoljstvo količinom aktivnosti za vrijeme hospitalizacije te subjektivni doživljaj ophođenja medicinskog osoblja prema bolesnicima obzirom na njihovo zdravstveno stanje, a u kontekstu provođenja aktivnosti bolesnika. Na pitanja je odgovarano sa DA ili NE. Pitanja su slijedeća: 1. Smatrate li da biste mogli biti aktivniji za vrijeme boravka u bolnici? (Aktivnost) 2. Smatrate li da se osoblje prema Vama ponaša kao da ste bolesniji nego li jeste? (Ponašanje).

### Metode obrade podataka

Deskripcija svih korištenih varijabli je dobivena izračunom aritmetičke sredine  $\pm$  standardna devijacija. S ciljem ispitivanja valjanosti istraživanja, tj. sinhroniziranosti EQ-5D-3L indeksa i VAS samoprocjene zdravlja izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije među tim varijablama. Istom metodom obrađeni su EQ-5D indeks i VAS zdravlja pojedinačno za svaki odjel - neurologiju, kardiologiju i pulmologiju. Za ispitivanje razlika varijable EQ-5D-3L i varijable VAS između kliničkih djela korištena je jednofaktorska ANOVA. Pri tom su izračunati testna vrijednost (F), te nivo značajnosti (p). Kao mjera veličine učinka korišten je parcijalni eta kvadrat ( $\eta^2$ ). Prije korištenja ANOVA-e korištenjem Shapiro-Wilk testa je ispitan normalitet distribucija varijabli te je Levenovim testom ispitan uvjet homogenosti varijance. Svi rezultati su izračunati korištenjem softverskog paketa Statistica 12.0. (StatSoft, Tulsa, OK, USA). U svim analizama, pogreška prve vrste je postavljena na  $\alpha=5\%$ .

## Rezultati

Izračunom koeficijenta korelacije između korištenog indeksa EQ-5D-3L i varijable VAS je dobivena pozitivna statistički značajna korelacija ( $r=0,53$ ,  $p<0,01$ ) što nam govori u prilog tome da su ispitanici imali relativno usklađene odgovore kod oba mjerna instrumenta. Stoga postupak mjerenja možemo smatrati umjereno pouzdanim. U tablici 1 prikazani su parametri deskriptivne statistike za sve promatrane varijable.

U tablici 1. prikazuje izračun aritmetičke sredine EQ-5D-3L indeksa i VAS za sve kliničke odjele iz čega se može vidjeti da su ispitanici procijenili svoju kvalitetu života obzirom na psihofizičko stanje relativno dobrom te subjektivno procijenili svoje zdravlje srednje dobrim. Ispitanici hospitalizirani na odjelu neurologije, prosječne životne dobi 66,38 godina, kvalitetu života i zdravlje su ocijenili srednje dobrom. Nadalje, ispitanici hospitalizirani na odjelu kardiologije, prosječne životne dobi 67,58 godina, kvalitetu života i zdravlje su ocijenili nešto boljim u odnosu na ispitanike sa odjela neurologije, ali bez statistički značajne razlike. U konačnici, ispitanici na odjelu pulmologije, slično kao kod ispitanika sa odjela kardiologije, prosječne životne dobi 65,71 godina, kvalitetu života i zdravlje su ocijenili u apsolutnom smislu nešto boljim u odnosu na ispitanike sa odjela neurologije, ali bez statistički značajne razlike.

Tablica 1. (AS±SD) Aritmetička sredina ± standardna devijacija (AS±SD) za varijable EQ-5D-3L i VAS svih ispitanika ukupno, ali i po promatranim grupama.

	Ukupan uzorak n=39		Neurologija n=13		Kardiologija n=12		Pulmologija n=14	
	EQ-5D-3L	VAS	EQ-5D-3L	VAS	EQ-5D-3L	VAS	EQ-5D-3L	VAS
AS±SD	0,71±0,10	55,74±18,33	0,68±0,08	49,92±14,03	0,73±0,11	59,74±22,36	0,72±0,10	57,57±17,99
Min	0,54	20,00	0,54	20,00	0,55	20,00	0,55	30,00
Max	0,87	90,00	0,82	70,00	0,87	90,00	0,83	85,00
	da	ne	da	ne	da	ne	da	ne
Aktivnost	65%	35%	43%	57%	83%	17%	71%	29%
Ponašanje	28%	72%	21%	79%	33%	67%	29%	71%

Shapiro Wilk testom je ukazao na normalitet varijabli ( $p>0,05$ ), a Levenov test je jasno ukazao da su varijance promatranih populacija približno jednake ( $p>0,05$ ) te je dobivena potvrda za daljnje korištenje parametrijskih statističkih metoda. U skladu s tim, korištenjem ANOVA-e nije dobivena statistički značajna razlika, uz relativno malu veličinu učinka, među promatranim grupama u varijabli EQ-5D-3L ( $F=0,807$ ;  $p=0,453$ ;  $\eta^2=0,043$ ), što je slično kao i kod varijable VAS ( $F=1,038$ ;  $p=0,364$ ;  $\eta^2=0,054$ ).

U tablici 1 se nalaze postotci ispitanika koji su na postavljena pitanja „Smatrate li da biste mogli biti aktivniji za vrijeme boravka u bolnici?“ (varijabla Aktivnost) te „Smatrate li da se osoblje prema Vama ponaša kao da ste bolesniji nego li jeste?“ (varijabla Ponašanje) odgovorili „da“ odnosno „ne“. Rezultati jasno ukazuju da bolesnici na odjelu neurologije imaju manju potrebu za kretanjem u odnosu na bolesnike na odjelima kardiologije i pulmologije, koji su relativno nezadovoljni količinom kretanja, ali bez statistički značajne razlike. Više od polovice svih ispitanika (65 %) smatra da bi mogli biti aktivniji za vrijeme hospitalizacije. Ispitanici opisuju ponašanje zdravstvenog osoblja uglavnom sukladno realnom stanju.

## Rasprava

Većinu hospitaliziranih osoba (65%) danas čine one starije od 65 godina, samim time zauzimaju najveći broj kreveta na svim kliničkim odjelima, osim na odjelima pedijatrije i obstetricije i provode najviše dana u bolnici. Brojna istraživanja govore o utjecaju hospitalizacije na biopsihofizičko zdravlje starijih osoba. Starije osobe sa višestrukim medicinskim problemima su osjetljive na ostanak u bolnici i napuštanje svog životnog prostora, a često premještanje starijih bolesnika iz kreveta u krevet ili s jednog odjela na drugi bez koordiniranosti medicinskog tima u kontekstu pripreme takvih bolesnika na promjene, mogu negativno utjecati na psihofizičko stanje starijih osoba (8).

U ovom istraživanju mjerene su varijable koje se odnose na kvalitetu života i doživljaj zdravlja, zadovoljstvo količinom aktivnosti za vrijeme hospitalizacije i subjektivni doživljaj odnosa medicinskog osoblja prema ispitanicima obzirom na njihovo zdravstveno stanje.

Dobiveni rezultati su prilično homogeni obzirom na odjele na kojima ispitanici leže iako su bolesnici na odjelu

neurologije kvalitetu života i doživljaj zdravlja okarakterizirali nešto lošije u odnosu na ispitanike na odjelima kardiologije i pulmologije te sukladno tomu imaju i manju potrebu za većom količinom aktivnosti. Psihofizički status koji je procjenjivan pomoću upitnika i odnosi se na pokretljivost, tjeskobu, bol i aktivnosti svakodnevnog života ocjenjen je relativno dobrim međutim više od polovice ispitanika smatra da bi mogli biti aktivniji za vrijeme hospitalizacije.

Ispitanici neovisno o kliničkom odjelu na kojem leže smatraju da ih se tretira sukladno realnom zdravstvenom statusu. Treba naglasiti da su svi ispitanici tijekom hospitalizacije bili uključeni u proces fizioterapije te se upravo ta činjenica vjerojatno može povezati sa relativno zadovoljnim ispitanicima. Fizioterapeutske intervencije mogu pozitivno utjecati na ishod liječenja bolesnika pa tako vježbe dijafragmalnog disanja i terapijske vježbe imaju pozitivan učinak na inspiratorni kapacitet i saturaciju kisikom kod ležećih bolesnika, što ima reperkusiju na prevenciju pneumonije (9).

Feemster je proučavao kvalitetu života (fizičku i mentalnu komponentu) nakon otpusta kod bolesnika hospitaliziranih u jedinicama intenzivnog liječenja i onih na kliničkim odjelima te nije uočena značajna razlika u kvaliteti života dok je značajna razlika uočena između svih hospitaliziranih osoba i onih koje nisu bile hospitalizirane. Hospitalizacija prema njegovom istraživanju povećava rizik pogoršanja kvalitete života (7).

Bilo bi poželjno da je u ovom istraživanju procijenjeno inicijalno stanje bolesnika (prvi dan hospitalizacije) i finalno stanje zadnji dan hospitalizacije što nije učinjeno zbog vremenskog ograničenja, a dodatno bi kvalitetu istraživanja podigla procjena mjesec dana nakon otpusta. Sve navedeno se smatra ograničavajućim faktorima budući je istraživanjem dokazan samo trenutni učinak hospitalizacije bez mogućnosti zaključivanja o utjecaju hospitalizacije na kvalitetu života. Zasiurno bi veći uzorak i to slučajno odabranih ispitanika dao dublji uvid u istraživanu kompleksnu problematiku.

Iskustva starijih bolesnika i osoblja koja skrbe o njima ukazuju na dehumanizirajući pristup prema bolesnicima kada je premještanje unutar ili izvan odjela u pitanju pa je tako jedna bolesnica opisala da se za vrijeme takvog procesa osjećala kao predmet koji je premještan sa stolice na krevet, a ne kao ljudsko biće (10, 11).

Kardiovaskularni i sociodemografski faktori, težina bolesti i prisustvo boli su važne varijable kojima se može predvidjeti razina stresa za vrijeme hospitalizacije kod akutnih bolesnika od kojih jedan dio boluje od jedne od najčešćih respiratornih bolesti koja zahtjeva česte hospitalizacije zbog akutne egzacerbacije, a to je kronična opstruktivna plućna bolest (KOPB). Zbog relativno čestih hospitalizacija i poznatih terapijskih procedura ovi bolesnici tijekom istraživanja nisu bili izloženi prevelikom stresu, a najstresnijim smatraju faktore okoline poput spavanja u krevetu na koji nisu naviknuti (12).

Andenaes je proučavao zdravstveni status, psihološki distres i kvalitetu života osoba oboljelih od kronične opstruktivne plućne bolesti tijekom 9 mjeseci nakon otpusta iz bolnice zbog akutne egzacerbacije osnovne bolesti. Zdravstveni status je signifikantno poboljšao nakon 9 mjeseci praćenja, psihološki distres je smanjen već mjesec dana od otpusta, u kontekstu kvalitete života do signifikantnog poboljšanja je došlo u domeni tjelesne aktivnosti (13).

Osobe sa dijagnosticiranom fibrilacijom atrijske, hospitalizirane uglavnom zbog kardiovaskularnih poteškoća, imaju jače izražene simptome bolesti i lošiju kvalitetu života u odnosu na one sa istom dijagnozom bez iskustva hospitalizacije. Potrebno je pronaći mogućnosti i intervencije koje bi pridonijele smanjenju broja hospitalizacija osoba sa fibrilacijom atrijske i na taj način povećale kvalitetu života oboljelih (14).

Poznato je da se starije osobe tijekom hospitalizacije mogu psihički dekompenzirati te bi trebalo razmotriti kućno liječenje kao opciju. Upravo je potreba za kućnim liječenjem, koje je u domeni primarne zdravstvene zaštite, sve veća zbog rastućeg trenda starijeg pučanstva i prevalencije kroničnih bolesti.

Tim liječnika opće/obiteljske medicine može pružiti kontinuiranu i sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu. U kućnom liječenju koje se posebno financira i organizira sukladno indikacijama moguće je provoditi određene mjere i postupke iz dijagnostike, liječenja, njege i rehabilitacije u kući ili stanu bolesnika, uz sudjelovanje zdravstvenih stručnjaka različitog profila (15). Veća učestalost multimorbiditeta i funkcionalne onesposobljenosti kod gerijatrijskih bolesnika zasigurno utječe na povećane potrebe starijeg pučanstva za kućnim liječenjem u odnosu na mlađe dobne skupine.

Tijekom kućnog liječenja, rad u timu omogućava primjenu ekspertize i vještina zdravstvenih i socijalnih djelatnika na zajedničkom cilju te potiče njihovo međusobno uvažavanje.

Kućno liječenje je povoljnije sa socijalno-psihološkog aspekta, također umanjuje rizike od mogućih hospitalnih infekcija, dok sa stručno-medicinskog aspekta mora biti jednako kvalitetno kao liječenje u bolnici (15).

Jedna od mogućnosti podizanja kvalitete života i prevenciju stresa starijih osoba je i korištenje suvremenih tehnologija (internet, mobiteli, društvene mreže, virtualna realnost...).

## Zaključak

Obzirom na povećan udio starijih osoba u sveukupnoj populaciji, a samim tim i među korisnicima zdravstvenih usluga izuzetno je važno uvrstiti kolegije poput gerontologije i gerijatrije u kurikulum svih zdravstvenih studija. Zdravstvena skrb starijih bolesnika, ponekad sa kognitivnim poteškoćama, delirijem, demencijom i cijelom paletom dijagnoza vezanih za fizičko i mentalno zdravlje zahtjeva visokoeduciran inter/transdisciplinarni tim. Važna je i veza starije osobe sa obiteljskim liječnikom koji bi prvi trebao prepoznati potrebe takve osobe. Zadaća društva je da učini sve da se kronične bolesti spriječe, a ukoliko do njih dođe da se pokuša smaniti broj potrebnih hospitalizacija, kako zbog negativnog učinka na biopsihosocijalni status starijih osoba, tako i zbog smanjenja troškova zdravstvenog sustava. Ukoliko do hospitalizacije dođe, potrebno je učiniti sve kako ne bi došlo do negativnih utjecaja na bolesnika.

Rezultati našeg istraživanja implicitno ukazuju na činjenicu da se bolesnike nerijetko ograničava u njihovim aktivnostima svakodnevnog života za vrijeme boravka u bolnici te na vjerojatne pozitivne efekte mogućeg prekida „trends imobilizacije“. Zaključno, pacijente i u bolnici treba motivirati da budu što samostalniji u skrbi za sebe kako bi se povećala kvaliteta života i spriječile komplikacije dugotrajnog ležanja. Fizioterapeut kao dio zdravstvenog tima sa provođenjem svojih intervencija može značajno doprinjeti povećanju aktivnosti bolesnika.

## Literatura

1. Tomek-Roksandić S, Radašević H, Mihok D, Puljak A (2010). Gerontološki javnozdravstveno - statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004.-2006. godina. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju; 2007/2008.
2. Williams SL, Haskard KB, Robin M. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients *Clinical Interventions in Aging*. 2007; 2(3):453-67.
3. Artinian NT. Stress experience of spouses of patients having coronary artery bypass during hospitalization and 6 weeks after discharge. *Journal of Critical Care*. 1991; 20(1):52-59.
4. Davidson JE, Jones CRN, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome—family. *Critical Care Medicine*. 2012; 40(2):618-624.
5. Lima V, Domenice S, Costa EMF, Brito VN, Inacio M, Mendonca BB. Effects of interactive musical activities on the well-being of children with urogenital anomalies during hospitalization for surgery. *Research on Humanities and Social Sciences*. 2015; 5(10):61-70.
6. Zatzick D, Jurkovich G, Rivara FP. A Randomized Stepped Care Intervention Trial Targeting Posttraumatic Stress Disorder for Surgically Hospitalized Injury Survivors. *Annals of Surgery* 2013; 257(3): 390-399.
7. Feemster LC, Cooke CR, Rubinfeld GD, Hough CL, Ehlenbach WJ, Fan VS. The influence of hospitalization or intensive care unit admission on declines in health-related quality of life. *Annual American Thoracic Society*. 2015; 12(1):35-45.

8. Cornwell J, Levenson R, Sonola L, Poteliakhoff E. Continuity of care for older hospital patients. A call for action. 2012; [http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/continuity-of-care-for-older-hospital-patients-mar-2012.pdf)
9. Poljak A, Benko S, Anzulović Š. Utjecaj vježbi dijafragmalnog disanja i terapijskih vježbi na inspiratorni kapacitet i saturaciju kisikom kod ležećih bolesnika. *Physiotherapia Croatica*. 2015; 13(suppl.1):105-09.
10. Goodrich J, Cornwell J. Seeing the Person in the Patient: The Point of Care review paper. London: The King's Fund.; 2008.
11. [www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Seeing-the-person-in-the-patient-The-Point-of-Care-review-paper-Goodrich-Cornwell-Kings-Fund-December-2008.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Seeing-the-person-in-the-patient-The-Point-of-Care-review-paper-Goodrich-Cornwell-Kings-Fund-December-2008.pdf)
12. Maben J, Peccei R, Adams M, Robert G, Richardson A, Murrells T. Patients' experiences of care and the influence of staff motivation, affect and well-being. Final report. National Institute for Health Service Delivery and Organisation programme. 2012.
13. Medinas-Amoros M, Montano-Moreno JJ, Centeno-Flores MJ, Ferrer-Perez V, Renom-Sotorra F, Martin-Lopez B, Alorda-Quetglas C. Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* 2012; 27:51.
14. Andenaes R, Moum T, Kalfoss MH, Wahl AK. Changes in health status, psychological distress and quality of life in COPD patients after hospitalization. *Quality of life Research* 2006; 15(2):249-57
15. Reynolds MR, Morais E, Zimetbaum P. Impact of hospitalization on health-related quality of life in atrial fibrillation patients in Canada and the United States: results from an observational registry. *American heart journal* 2010; 160(4):752-58.
16. WHO. Active Ageing. A Policy Framework, Spain, 2002; 1-56.
17. Tomasović Mrčela N, Soldo D. Bio-psiho-socijalni pristup gerijatrijskom onkološkom bolesniku. U: Šamija M, Nemet D i sur., ur. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Zagreb: Medicinska naklada Zagreb. str. 451-57.