

SAMOPROCJENA FUNKCIONALNE SPOSOBNOSTI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

IVANA POPEK i URELIJA RODIN¹

Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije, Sisak i ¹Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

Trend demografskog starenja i produljenje životnog vijeka znači da sve više ljudi u starosti treba pomoć kako bi zadovoljili svoje svakodnevne potrebe. *Cilj, podatci i metode:* Cilj rada je utvrditi trend promjene funkcionalne sposobnosti u stanovništvu ≥ 65 godina u ranijoj, srednjoj i dubokoj starosti te utvrditi međuzupanijske razlike u prevalenciji funkcionalne onesposobljenosti temeljem dostupnih podataka prikupljenih popisima stanovništva u 2001. i 2011. godini. *Rezultati i rasprava:* Udio onesposobljenih osoba se u desetogodišnjem razdoblju povećao s 21,4 % na 46,6 %. Najveća stopa funkcionalno onesposobljenih starijih osoba na 1000 stanovnika ≥ 65 godina uzrokovana je bolestima te se povećala s 129,4/1000 na 335,5/1000. U starijoj populaciji koja se suočava s nekim oblikom poteškoća u funkcioniranju udio sasvim pokretnih, bez pomagala smanjio se s 54,4 % na 46,3 %. Najčešće teškoće koje su starijim osobama problem u svakodnevnom funkcioniranju su teškoće s kretanjem sa specifičnom stopom od 143,2/1000 stanovnika ≥ 65 godina. U svim županijama je prevalencija onesposobljenosti veća u 2011. u odnosu na 2001. godinu. *Zaključak:* Uzimajući u obzir međuzupanijske razlike planiranje intervencija potrebno je provoditi prema specifičnim lokalnim potrebama i mogućnostima, a s obzirom da se očekuje daljnji porast starijeg stanovništva potrebno je donijeti i nacionalnu strategiju zdravog starenja.

Ključne riječi: starija životna dob, funkcionalna sposobnost, kvaliteta života, unaprijeđenje zdravlja

Adresa za dopisivanje: Ivana Popek, dr. med.
Zavod za javno zdravstvo
Sisačko-moslavačke županije
Ulica kralja Tomislava 1
44 000 Sisak, Hrvatska
E-pošta: ivanna.popek@gmail.com

Rad je izrađen u Zavodu za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije

UVOD

Proces demografskog starenja je u zadnjih nekoliko desetljeća zahvatio ukupno svjetsko stanovništvo, a posebno je izražen u razvijenim zemljama svijeta. Prema klasifikaciji UN-a, dogovorena dobna granica kojom se definira starija dob je 65 i više godina (1). Prema izvještaju Svjetske banke, u 2014. godini je 8 % ukupnog stanovništva na svijetu bilo u dobi 65 i više godina (2). Projekcije pokazuju kako će do 2050. godine 21 % ukupnog svjetskog stanovništva biti osobe starije dobi, a u Europi bi njihov udio mogao dosegnuti 28-35 % (3,4). Proces ubrzanog starenja i visoki stupanj ostarjelosti prisutan je i u Republici Hrvatskoj. Prema popisnoj 2011. godini 17,7 % ukupnog stanovništva u našoj zemlji čini populacija u dobi 65 i više godina čime se, prema klasifikaciji UN-a, Hrvatska svrstava u 4. skupinu zemalja s „vrlo starim stanovništvom“ (5,6).

Povećanje udjela starijih osoba u ukupnom stanovništvu ostavlja posljedice na zdravstvenu, ekonomsku, socijalnu, obrazovnu i gospodarsku strukturu društva (7). Kronološko produljenje trajanja života znači da sve više ljudi u starijoj životnoj dobi treba pomoć kako bi zadovoljili svoje osnovne potrebe. Stoga se postavlja pitanje kako unaprijediti njihov životni položaj i kako im pomoći da ostanu što dulje samostalni i aktivni (8).

Proces starenja manifestira se stalnim i postupnim procesom smanjenja funkcije organa i organskih sustava (9). Zbog tih promjena starije su osobe podložne kroničnim bolestima, a time i postepenom gubitku sposobnosti za samostalno funkcioniranje (10). Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje. Ako se sposobnost samostalnog funkcioniranja znatnije re-

ducira, starija osoba treba pomoć i njegu u kući (11). Pojava kroničnih nezaznih bolesti i bolesno starenje povezano je s rizičnim čimbenicima nezdravog načina života poput tjelesne, psihičke i radne neaktivnosti, pušenja, alkoholizma, nepravilnog uzimanja lijekova, debljine, pothranjenosti, loše osobne higijene i nehigijene okoliša (10). Na sve navedene rizične čimbenike moguće je utjecati primjenom pozitivnih zdravstvenih ponašanja već u mlađoj i odrasloj životnoj dobi. Samoprocjena zdravstvenog stanja i kvalitete života danas je sastavni dio populacijskih studija o zdravlju što ukazuje na važnost subjektivnog doživljaja vlastitog zdravlja i kvalitete života (12). Analiza podataka o funkcionalnoj onesposobljenosti doprinosi praćenju zdravstvenih obilježja starijih osoba te upozorava na potrebu pomnijeg planiranja zdravstvene i socijalne skrbi. Do sada, u Hrvatskoj nije bilo komparativnih studija kojima bi se procijenio trend promjene funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba.

CILJ RADA

Cilj rada je utvrditi trend promjene funkcionalne sposobnosti u stanovništvu ≥ 65 godina u ranijoj, srednjoj i dubokoj starosti te utvrditi međužupanijske razlike u prevalenciji funkcionalne onesposobljenosti temeljem dostupnih podataka prikupljenih popisima stanovništva u 2001. i 2011. godini.

PODATCI I METODE

U radu su korišteni podaci Državnog zavoda za statistiku (DZS) prikupljeni popisom stanovništva 2001. i 2011. godine. Pitanja u popisnici su se odnosila na stupanj tjelesne pokretnosti, uzrok i vrstu teškoća. Ispitanici su ukupno stanovništvo Republike Hrvatske od 65 i više godina: 693 540 osoba u 2001. i 758 633 osobe u 2011. godini. Podatci su u oba popisa dobiveni iz izjava osoba koje su popisivačima davale podatke i temelje se na subjektivnoj procjeni ispitanika. Instrument procjene funkcionalne sposobnosti osoba ≥ 65 godina u odnosu na tjelesnu pokretnost (fizički status), a koji je korišten u popisu 2001. i 2011. godine, podijeljen je ovako: 1 – sasvim pokretan; 2 – ograničeno pokretan (koristi povremeno pomagalo – štap, štake ili ortopedске klupice), 3 – trajno ograničeno nepokretan (koristi trajno invalidska kolica); 4 – trajno nepokretan. Podatci o uzrocima oštećenja odnose se na bolest ili poremećaj koji je uzrokovao invalidnost i u 2011. godini klasificirani su u DZS-u u sljedeće skupine: 1 - od rođenja; 2 - Domovinski rat ili njegove posljedice; 3 – profesionalno oštećenje (profesionalna

bolest / ozljeda na radu); 4 – bolest; 5 - prometna nesreća; 6 – ostalo; 7 – nepoznato. U popisu 2011. godine koristila se gotovo jednaka klasifikacija kao i u 2001. godini. Izuzeto je pitanje o invalidnosti uzrokovane ratnim djelovanjem u Drugom svjetskom ratu, a dodana je mogućnost bilježenja različitih neklasificiranih uzroka pod rubriku „Ostalo“ te je dodano „Nepoznato“. U Popisu 2001. godine je korišten izraz „Invalid rada“ koji je u 2011. godini zamijenjen izrazom „Profesionalno oštećenje“. Podatci o vrstama teškoća prvi put su prikupljeni u okviru Popisa 2011. i klasificirani na: 1 - teškoće s vidom; 2 - teškoće sa sluhom ili govorno-glasovnom komunikacijom; 3 - teškoće s pamćenjem, koncentracijom ili sporazumijevanjem s drugima; 4 - teškoće s kretanjem (13,14). U radu su primijenjene metode deskriptivne epidemiologije.

REZULTATI

Udio stanovništva ≥ 65 godina se u ukupnoj hrvatskoj populaciji povećao s 15,7 % u 2001. godini na 17,7 % u 2011. godini. Apsolutni broj osoba starije dobi porastao je sa 693 540 na 758 633 ili 9,3 %. Apsolutni broj funkcionalno onesposobljenih osoba starije dobi porastao je od 148 170 na 353 247 odnosno za 138 % u odnosu na 2001. godinu. Udio funkcionalno onesposobljenih starijih osoba u ukupnom staračkom pučanstvu povećao se s 21,4 % na 46,6 %, s time da je u žena porastao s 18,7 % na 48,9 %, a u muškaraca starije dobi s 25,7 % na 42,9 %.

U tablici 1 prikazane su dobno specifične stope funkcionalne onesposobljenosti na 1000 stanovnika u tri dobne skupine: ranija starost (65-74 godina), srednja (75-84 godine) i duboka starost (≥ 85 godina). U sve tri dobne skupine stopa je porasla u 2011. u odnosu na 2001. godinu. Za raniju starost se povećala sa 197,9/1000 na 384,5/1000, za srednju starost s 237,0/1000 na 538,5/1000, a za duboku starost s 274,9/1000 na 679,3/1000.

Tablica 1.

Funkcionalna onesposobljenost osoba starije životne dobi u tri dobne skupine u 2001. i 2011. godini.

Dobne skupine	Dobno specifična stopa/1000 stanovnika	
	2001.	2011.
65-74	197,9	384,5
75-84	237,0	538,5
≥ 85	274,9	679,3

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2001. i 2011.

Tablica 2.

Uzroci funkcionalne onesposobljenosti u starijoj dobi u 2001. i 2011. godini

Uzrok funkcionalne onesposobljenosti	2001.	2011.
	stopa/1000 stanovnika ≥65 godina	stopa/1000 stanovnika ≥65 godina
Od rođenja	4,0	5,1
Drugi svjetski rat i njegove posljedice	16,9	*
Domovinski rat i njegove posljedice	2,6	6,8
Invalidi rada/profesionalno oštećenje	43,9	28,4
Bolest	129,4	335,5
Prometna nesreća	5,9	7,3

*ne postoji podatak

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2001. i 2011.

U tablici 2 prikazani su uzroci funkcionalne onesposobljenosti starijih osoba. Najveća stopa funkcionalno onesposobljenih starijih osoba na 1000 stanovnika ≥65 godina uzrokovana je bolestima te se povećala s 129,4/1000 na 335,5/1000. Stopa onesposobljenosti na 1000 stanovnika ≥65 godina zbog rada i profesionalnih oštećenja pala je sa 43,9/1000 na 28,4/1000, zbog prometnih nesreća porasla s 5,9/1000 na 7,3/1000, kao posljedica Domovinskog rata porasla s 2,6/1000 na 6,8/1000 kao i zbog prirođenih mana sa 4,0/1000 na 5,1/1000. Značenje bolesti u razvoju onesposobljenosti proporcionalno raste s porastom dobi te se onesposobljenost zbog bolesti u promatranom razdoblju povećala s 58,3 % na 70,8 % osoba u ranijoj starosti, sa 61,9 % na 74,3 % osoba u srednjoj starosti i sa 73,2 % na 74,3 % osoba u dubokoj starosti.

U starijoj populaciji koja se suočava s nekim oblikom poteškoća u funkcioniranju udio sasvim pokretnih, bez pomagala, bio je 54,4 % u 2001. godini i 46,3 % u 2011. godini. Ostali su ograničeno pokretni, uz pomoć pomagala ili trajno nepokretni, što je prikazano u tablici 3. Stopa korištenja pomagala na 1000 stanovnika ≥65 godina se u navedenom razdoblju povećala sa 79,8/1000 na 177,6/1000, a stopa trajno nepokretnih osoba s 12,5/1000 na 17,8/1000. Rezultati pokazuju da pripadnost pojedinoj dobnoj skupini značajno utječe na fizičku pokretljivost i raste s dobi. Najmanja dobno specifična stopa trajno nepokretnih osoba je u ranoj starosti (6,3/1000 u 2001. i 6,7/1000 u 2011.), a najveća dobno specifična stopa trajno nepokretnih osoba je u dubokoj starosti (55,2/1000 u 2001. i 73,0/1000 u 2011.).

Tablica 3.

Pokretnost /fizički status kod starijih osoba u tri dobne skupine u 2001. i 2011. godini: dobno specifične stope na 1000 stanovnika

Dob (god.)	Popisna godina	Trajno ograničeno pokretan uz pomoć štapa, štaka ili hodalice	Trajno ograničeno pokretan uz pomoć invalidskih kolica	Trajno nepokretan
≥65	2001.	79,8	5,1	12,5
	2011.	177,6	8,4	17,8
65-74	2001.	60,6	3,5	6,3
	2011.	101,6	5,0	6,7
75-84	2001.	111,2	6,8	17,7
	2011.	244,5	10,3	22,1
≥85	2001.	142,8	12,8	55,2
	2011.	384,5	22,2	73,0

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva 2001. i 2011.

U tablici 4 su prikazane vrste teškoća u starijih osoba. Najčešća vrsta teškoće koja starijim osobama čini problem u svakodnevnom funkcioniranju su teškoće s kretanjem. Specifična stopa na 1000 stanovnika starije dobi za teškoće s kretanjem je 143,2/1000, dok za teškoće s vidom iznosi 18,7/1000, za teškoće sa sluhom i govorno-glasovnom komunikacijom 14,2/1000, za teškoće s pamćenjem, koncentracijom i sporazumijevanjem s drugima 8,5/1000. Teškoće s kretanjem se često javljaju u kombinaciji i s drugim teškoćama (vid, sluh, pamćenje).

Tablica 4.

Vrste teškoća kod starijih osoba u 2011. godini

Vrsta teškoće	Stopa/1000 stanovnika ≥65
Teškoće s kretanjem	143,2
Teškoće s vidom	18,7
Teškoće sa sluhom i govorno-glasovnom komunikacijom	14,2
Teškoće s pamćenjem, koncentracijom ili u sporazumijevanju s drugima	8,5
Ostale teškoće	108,2
Teškoće s kretanjem i ostale teškoće	55,6
Teškoće s vidom i s kretanjem	33,6
Teškoće sa sluhom, govorno-glasovnom komunikacijom i teškoće s kretanjem	20,7
Teškoće s pamćenjem, koncentracijom ili u sporazumijevanju s drugima i teškoće s kretanjem	17,2
Teškoće s vidom i ostale teškoće	14,5

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva u 2011.

U tablici 5 prikazane su međužupanijske razlike u prevalenciji funkcionalne onesposobljenosti. U 2001. godini je deset županija imalo stopu funkcionalne onesposobljenosti u starosti veću od prosjeka za Hrvatsku, dok je u 2011. godini taj broj porastao na petnaest županija. Udio onesposobljenog starijeg stanovništva povećan je u svim županijama, a najviše u Karlovačkoj i Vukovarsko-srijemskoj županiji. Međužupanijske usporedbe pokazuju da su najveći udio osoba s teškoćama u starijem stanovništvu u 2001. godini imale sljedeće županije: Požeško-slavonska (27,6 %), Krapinsko-zagorska (27,3 %) i Koprivničko-križevačka (26,3 %). U 2011. godini su ove tri županije ponovno s najvećim udjelom starijih osoba s teškoćama, samo s promjenom u rangu: taj udio bio je najveći u Koprivničko-križevačkoj (60,6 %), slijede Krapinsko-zagorska (57,6 %) i Požeško-slavonska županija (56,9 %). Najmanji udio osoba s teškoćama u starijem stanovništvu su u 2001. godini imale Vukovarsko-srijemska (17,5 %), Primorsko-goranska (17,8 %) i Istarska županija (18,1 %), a 2011. godine i dalje su s najmanjim udjelima Primorsko-goranska županija (38 %), Istarska županija (38,8 %), a na trećem mjestu je Grad Zagreb (39,5 %).

Tablica 5.

Udio funkcionalno onesposobljenih osoba u populaciji ≥ 65 godina u 2001. i 2011. godini po županijama Hrvatske

Županija	2001. (%)	2011. (%)
Zagrebačka	22,6	49,6
Krapinsko-zagorska	27,3	57,6
Sisačko-moslavačka	20,7	49,0
Karlovačka	18,5	52,0
Varaždinska	26,1	55,9
Koprivničko-križevačka	26,3	60,6
Bjelovarsko-bilogorska	22,0	55,8
Primorsko-goranska	17,7	38,0
Ličko-senjska	18,6	46,9
Virovitičko-podravska	20,2	54,7
Požeško-slavonska	27,6	56,9
Brodsko-posavska	19,9	49,0
Zadarska	20,6	45,2
Osječko-baranjska	18,2	49,2
Šibensko-kninska	22,7	49,7
Vukovarsko-srijemska	17,5	48,5
Splitsko-dalmatinska	22,7	44,1
Istarska	18,1	38,7
Dubrovačko-neretvanska	18,3	41,1
Međimurska	21,6	51,0
Grad Zagreb	23,0	39,5
Republika Hrvatska	21,4	46,6

Izvor podataka: Državni zavod za statistiku, Popis stanovništva u 2001. i 2011. godini.

RASPRAVA

Podatci o funkcionalnoj sposobnosti nisu dio rutinskog prikupljanja pokazatelja zdravlja. Stoga su podaci dobiveni iz dvaju popisa stanovništva vrijedan izvor za uspoređivanje trenda promjene o ovoj pojavi. Iako funkcionalna sposobnost uključuje tjelesno i psihičko funkcioniranje, ovo istraživanje je ograničeno samo na njene fizičke elemente. Povećanje broja starijih osoba s teškoćama u svakodnevnom funkcioniranju je očekivana posljedica povećanja broja osoba starije životne dobi. Međutim, zabrinjavajuće je i udvostručenje udjela starijih onesposobljenih osoba u ukupnoj staračkoj populaciji.

Percepcija zdravlja je vrijedan pokazatelj zdravstvenog stanja pučanstva i važna sastavnica kvalitete života (15). Stoga povećanje stope stanovništva koje ima teškoće u funkcioniranju, dobiveno ovim rezultatima, upućuje na sveukupno lošiju percepciju zdravlja i kvalitete života starijih osoba u 2011. godini u odnosu na 2001. godinu (10). Podatci iz dostupne literature upućuju na povezanost percepcije zdravlja i socioekonomskih parametara u starijih osoba (16). Osobe starije životne dobi suočene su s nizom problema, a pogotovo onih financijske prirode. Taj problem posebno je naglašen u tranzicijskim zemljama (kakva je i Hrvatska) u kojima značajan broj umirovljenika ostvaruje male mirovine i teško zadovoljava svoje životne potrebe (17). Prema istraživanju iz 2011. godine najveća stopa rizika od siromaštva prisutna je upravo kod osoba od 65 i više godina i iznosi 26,5% (18). Osim smanjenih prihoda, zbog ograničene društvene aktivnosti, isključenja iz svijeta rada i slabijih kontakata s okolinom, starijim osobama prijete osamljenost i društvena izoliranost (19). Veći rizik za pojavu teškoća i ovisnosti o drugima zbog bolesti u starosti imaju slabije obrazovane osobe (20). Prema podacima DZS-a upravo se udio visokoobrazovanog stanovništva u Hrvatskoj smanjuje s porastom životne dobi (21).

Rezultati pokazuju spolne razlike s većim porastom udjela funkcionalne onesposobljenosti kod žena nego kod muškaraca iste dobi. Jedna od značajnih pojava u demografskom procesu starenja stanovništva je povećanje omjera žena u ukupnom broju stanovnika (21). U našoj zemlji je u obje promatrane godine broj žena u starijoj populaciji 1,6 puta veći nego muškaraca. Rezultati mnogih drugih istraživanja također pokazuju da starije žene imaju višu prevalenciju invaliditeta, lošiji funkcionalni status, ali i slabije zdravlje od muškaraca iste dobi (22-24). Prigodom uspoređivanja odrednica funkcionalne onesposobljenosti u muškaraca i žena opaženo je da žene imaju višu prevalenciju stanja poput depresije, prijeloma i osteoporoze, a koja ne rezultiraju fatalnim ishodom (23). S druge strane, u muškaraca su zastupljenije opasne, životno ugrožava-

juće kronične bolesti, kao što su bolesti srca i krvnih žila, novotvorine, ciroza jetre i bolesti bubrega (19).

Najveći udio funkcionalno onesposobljenog stanovništva prisutan je u dubokoj starosti, a udio osoba s teškoćama povećao se u sve tri dobne skupine. Narušavanje zdravstvenog stanja umanjuje radnu sposobnost, što je nepovoljan trend, budući da postoji tendencija pomicanja dobne granice za umirovljenje na 67 godina (34). U dobnoj skupini ≥ 85 godina je udio osoba s teškoćama najviše povećan.

S obzirom da se ne mogu nositi s uobičajenim dnevnim aktivnostima, za starije osobe je potrebno organizirati pomoć kako bi mogli ostanu u vlastitom domu (edukacija obitelji, organizacija socijalnih usluga) kao i osiguranje ostalih oblika institucionalne i izvaninstitucionalne skrbi. Osim toga, onesposobljenost i nesamostalnost povećava broj hospitalizacija te povećava ekonomski teret koji snosi cijela zajednica (25). Kronične bolesti su najčešći uzrok teškoća i njihovo značenje u razvoju onesposobljenosti raste s porastom dobi. Popisom nije predviđeno precizirati od kojih bolesti boluju starije osobe s teškoćama u svakodnevnom funkcioniranju. Prema javnozdravstveno-statističkim podatcima o pobolu stanovništva najzastupljenije bolesti u starijoj populaciji su kronične nezarazne bolesti. Najučestalije bolesti zabilježene u ordinacijama opće/obiteljske medicine kod starijih osoba u našoj zemlji su: arterijska hipertenzija, bolesti intervertebralnih diskova i ostale dorzopatije, bolesti krvožilnog sustava i šećerna bolest. Statistička procjena na temelju izvješća pokazuje da se oko 30 % od ukupnog broja utvrđenih bolesti i stanja, zabilježenih u ovom segmentu primarne zdravstvene zaštite, odnosi na dob od 65 i više godina. Udio hospitaliziranih u dobi 65 i više godina u zadnjih 15 godina također se kreće oko 30 % ukupno liječenih u bolnicama Hrvatske (26). Podatci o uzrocima hospitalizacija osoba od 65 i više godina također pokazuju najveću zastupljenost kroničnih nezaraznih bolesti. Primjerice, u posljednjih pet godina (2010. - 2014.) javlja se potpuno identična rang lista prvih pet skupina bolesti koje su vodeći uzroci hospitalizacija starijih ljudi: bolesti krvožilnog sustava, novotvorine, bolesti probavnog sustava, bolesti oka i očnih adneksa, bolesti dišnog sustava te ozljede, otrovanja i ostale posljedice vanjskih djelovanja. Glavni problem koji se danas javlja kod starijih bolesnika je višestruki gerijatrijski morbiditet koji je povezan s povećanom onesposobljenošću, pogoršanjem funkcionalnog statusa, smanjenom kvalitetom života te dovodi do produljenog liječenja i opsežnog korištenja zdravstvenih usluga (27,28). Istraživanja su pokazala da je multimorbiditet prisutan kod više od 60 % starije europske populacije (29). Kod dugotrajnih gerijatrijskih bolesnika, posebice onih s više od tri verificirane dijagnoze, dolazi i do postepene nemogućnosti izvršenja svakodnevnih

uobičajenih aktivnosti (10). Rezultati pokazuju da je najveći udio osoba od 65 i više godina potpuno pokretan. U 2001. godini je 90 % ukupne starije populacije bilo potpuno pokretno, a taj udio se u 2011. smanjio na 75 %. Osim smanjenja udjela samostalno pokretnih starijih osoba, stopa korištenja pomagala za kretanje je u porastu, što implicira na povećanje korištenja i potrošnje sredstava na ortopedska pomagala u starijoj dobi. Prema rezultatima, udio trajno nepokretnih osoba koje zahtijevaju trajnu skrb i osiguranje pomoći također se povećao. Trajna nepokretnost je najzastupljenija u dubokoj starosti. U 2001. godini je u skupini ≥ 85 godina bilo trajno nepokretnih 55,2/1000, dok ih je u 2011. godini bilo 73,0/1000. Problemi s kretanjem ujedno su najčešća vrsta teškoća u svakodnevnom funkcioniranju starijih osoba u sve tri dobne skupine, a ponajviše u dubokoj starosti. Teškoće s kretanjem su dinamičan proces karakteriziran prijelazima između faze samostalnosti i faze ovisnosti o drugima te su preklinički prijelaz u invalidnost. Osobe koje izgube samostalnost pri kretanju imaju manje šanse za ostanak u vlastitom domu, bolesnije su, imaju smanjenu kvalitetu života i veću vjerojatnost za socijalnu izolaciju. Neka istraživanja dokazuju kako je pokretnost usko povezana s fizičkom aktivnošću te da tjelovježba ima glavnu ulogu u prevenciji i liječenju teškoća s kretanjem, unatoč komorbiditetu (30). Teškoće s kretanjem su zastupljenije kod žena nego kod muškaraca. Žene češće obolijevaju od bolesti mišićno-koštanog sustava koje ne rezultiraju fatalnim ishodom, nego dugotrajnim fizičkim ograničenjima, kroničnim bolovima i posljedičnom nesposobnosti koja svakako dovodi do slabije vitalnosti i lošijeg općeg zdravlja.

S obzirom da je već navedeno kako socioekonomski čimbenici utječu na zdravlje ljudi i na njihovu percepciju zdravlja i kvalitete života, iz dobivenih podataka može se uočiti povezanost prevalencije funkcionalne onesposobljenosti i indeksa razvijenosti županija. Zdravstvene potrebe starijih osoba razlikuju se među regijama u Hrvatskoj te je zbog toga planiranje intervencija potrebno provoditi od lokalnog prema regionalnome, a zatim i na nacionalnoj razini (31). Uzimajući u obzir ljudske i financijske resurse u zajednici, potrebno je poticati razvoj izvaninstitucijske skrbi za starije osobe i uključivati organizacije civilnog društva u pružanju socijalnih usluga. Primjer dobre prakse na lokalnoj razini su aktivnosti grada Rijeke obuhvaćene projektom „Zdravi grad“, a koje su rezultirale donošenjem Strategije zdravog starenja 2009.-2013. za grad Rijeku. Glavni cilj strategije i njenih programskih zadataka je osiguranje dugog, zdravog, aktivnog života građanima Rijeke osiguranjem preduvjeta za zdravo starenje putem senzibiliziranja javnosti o zdravom starenju, osiguranjem okoline koja podupire zdravo starenje te povećanjem dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga za starije osobe. Unutar projekata

„Zdrave županije“ nalaze se i drugi primjeri dobre prakse kao što je projekt „Dodajmo život godinama“ u Karlovačkoj županiji i program „Pomoć u kući“ u Koprivničko-križevačkoj županiji. Njihov je cilj povećati učinkovitost i sposobnost organizacija izvaninstitucionalne skrbi za starije osobe u pružanju socijalnih usluga (32,33). Unatoč veličini problema vezanih uz zdravlje starijih osoba, a koji su vidljivi i temeljem ovog istraživanja, u Hrvatskoj još uvijek ne postoji Nacionalna strategija zdravog starenja. U rješavanju problematike bolesnog starenja potrebno je povezivanje razina zdravstvenog sustava te povezivanje sustava zdravstva sa sustavom socijalne skrbi, odgojno-obrazovnim ustanovama, prehrambenom industrijom i medijima. Na nacionalnoj razini potrebno je izraditi planove za kontinuiranu provedbu prevencije negativnih zdravstvenih ponašanja koji dovode do pojave najčešćih kroničnih nezaznih bolesti te izraditi plan obvezne kontinuirane edukacije stručnjaka za rad sa starijom populacijom.

ZAKLJUČAK

Rezultati usporedbe podataka dvaju popisa stanovništva pokazuju da je funkcionalna onesposobljenost starijeg stanovništva u tri promatrane dobne skupine starijeg stanovništva porasla u 2011. u odnosu na popis iz 2001. godine. U obje popisne godine glavni je uzrok funkcionalne onesposobljenosti bolest, s gotovo trostrukim porastom u 2011. u odnosu na 2001. godinu. Problemi s kretanjem kao najčešćom vrstom teškoća u 2011. godini očitivali su se u sve tri skupine starijih, vezano uz porast korištenja pomagala u 2011. godini u odnosu na 2001. godinu. Najveći porast korištenja pomagala, ali i trajne nepokretnosti, je u dubokoj starosti. U svim županijama je prevalencija onesposobljenosti veća u 2011. u odnosu na 2001. godinu, a utvrđene su i međužupanijske razlike u udjelu funkcionalno onesposobljenih starijih osoba. Rezultati dobiveni ovim istraživanjem, kao i podatci o pobolu i mortalitetu stanovništva pokazuju kako dosadašnji javnozdravstveni pristup starenju nije dovoljno učinkovit. Uzimajući u obzir međužupanijske razlike u udjelima funkcionalno onesposobljenog starijeg stanovništva, planiranje intervencija potrebno je provoditi prema specifičnim lokalnim potrebama i mogućnostima. Zbog demografskih promjena prema kojima se očekuje daljnji porast starijeg stanovništva, potrebno je donijeti i nacionalnu strategiju zdravog starenja s ciljevima poboljšanja organizacije izvaninstitucionalnih oblika pomoći starijima, uključivanjem organizacija civilnog društva u pružanju socijalnih usluga, boljom povezanošću zdravstvenog sustava sa sustavom socijalne skrbi i provođenjem edukacije o zdravim stilovima življenja i prevenciji bolesti i funkcionalne

onesposobljenosti već od rane životne dobi. Donošenje strategije i planova zdravog starenja na lokalnim i nacionalnoj razini, uz jasno definiranje njihova provođenja i potrebnih financijskih sredstava moglo bi doprinijeti zaustavljanju porasta troškova dijagnostike, liječenja, rehabilitacije kao i troškova za njegu i pomoć ili institucionalni smještaj starijih osoba i poboljšanje kvalitete života u starijoj životnoj dobi.

L I T E R A T U R A

1. Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A i sur. Javno zdravstvo. Zagreb: Medicinska naklada, 2015.

2. The World Bank. World development indicators: Population dynamics. Dostupno na URL adresi: <http://wdi.worldbank.org/table/2.1>. Datum pristupa informaciji: 20.04.2016.

3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. New York, 2013.

4. Puljiz V. Demografski trendovi u Europi. Revija za socijalnu politiku 2005; 12 (2): 263-71.

5. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. Zdravstveno statistički ljetopis Grada Zagreba za 2013. godinu. Zagreb, 2014.

6. Lepen Ž, Leutar Z. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. Socijalna ekologija. Zagreb 2012; 21 (2): 203-23.

7. Tomek-Roksandić S i sur. Značenje stalne edukacije o osnovama iz gerontologije i gerijatrije za razvoj hrvatskog gospodarstva. U: Ljubo Jurčić, ur. Zbornik radova 21. tradicionalnog savjetovanja „Ekonomska politika Hrvatske u 2014 godini“. Zagreb: Hrvatsko društvo ekonomista, 2013, 343-86.

8. Žganec N, Rusac S, Laklija M. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. Revija za socijalnu politiku 2008; 15(2): 171-88.

9. Duraković Z i sur. Gerijatrija-medicina starije dobi. Zagreb: C.T.-Poslovne informacije, 2007.

10. Galić S, Tomasović-Mrčela N i sur. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba-psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek, 2013.

11. Tomek-Roksandić, S. Zašto zaštita zdravlja starijih ljudi. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba - Centar za gerontologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatski liječnički zbor, 1999.

12. Vuletić G. Samoprocjenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru 2013; 7: 213-22.

13. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2001. Dostupno na URL: http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/Census2001/census_met.htm. Datum pristupa informaciji 20.04.2016.

14. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva 2011. Dostupno na URL: <http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/censusmetod.htm>. Datum pristupa informaciji 20.04.2016.
15. Pavlović M, Korajlija L, Šimić D, Bobić J, Čorović N. Percepcija zdravlja u pokretnih starijih osoba (segment studije o kroničnim bolestima u Hrvatskoj). Društvena istraživanja Zagreb 2010; 19 (6): 1079-92.
16. Melzer D, Mc Williams B, Brayne C, Bond J, Johnson T. Socioeconomic status and the expectation of disability in old age: estimates for England. J Epidemiol Community Health 2000; 54: 286-92.
17. Bejaković P. Vodič za socijalnu uključenost. Zagreb: Institut za javne financije, 2009.
18. Ministarstvo socijalne politike i mladih. Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014-2016. Vlada Republike Hrvatske; 2013 Dostupno na URL: <http://www.mspm.hr/userdocsimages/arhiva/files/73174/strategija%2019.11.2013.pdf>. Datum pristupa informaciji: 10.04.2015.
19. Tucak Junaković I, Nekić M, Burić I. Usamljenost i preferirana samoća kao prediktori samoprocjene zdravlja odraslih. Med Jad 2013; 43(1-2): 11-21.
20. Chappell NL. Age related disabilities- aging and quality of life. International Encyclopedia of Rehabilitation, 2010.
21. Državni zavod za statistiku. Udio visokoobrazovanih prema starosti. Popis stanovništva Republike Hrvatske 2011. godine. Dostupno na URL: http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/graphs/G-9_Hrv.pdf. Datum pristupa informaciji: 20.12.2015.
22. Guralnik JM, Leveille SG, Hirsch R, Ferrucci L, Fried LP. The impact of disability in older women. J Am Med Womens Assoc (1972) 1997; 52(3): 113-20.
23. Nogueira SL, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC, Ribeiro AQ, Pereira ET. Determinant factors of functional status among the oldest old. Brazilian J Physical Therapy 2010; 14(4): 322-9.
24. Rueda S, Artazcos L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. J Epidemiol Community Health 2008; 62: 492-98.
25. The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology. Disability in old age. Final Report. Conclusions and recommendations. University of Jyväskylä, Finland, 2004.
26. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, 2012.
27. Perko G, Tomek-Roksančić S, Mihok D i sur. Četiri javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj. Medicus 2005; 14 (2): 205-17.
28. Schäfer I, von Leitner E-C, Schön G i sur. Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. PLoS One 2010; 5(12): e15941.
29. Löffler C, Kaduszkiewicz H, Stolzenbach CO i sur. Coping with multimorbidity in old age-a qualitative study. BMC Fam Pract 2012; 13: 45.
30. Manini MT. Mobility decline in old age: A time to intervene. Exerc Sport Sci Rev 2013; 41(1): 19-25.
31. Džakula A, Vončina L, Puljak A, Šogorić S. Zdravstveni menadžement u skrbi za starije osobe. Medicus 2005; 2(14): 287-90.
32. Šogorić S. Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb: Medicinska naklada, 2016.
33. Hrvatska mreža zdravih gradova Dostupno na URL: <http://www.zdravi-gradovi.com.hr/home/djelotvorno-znanje-za-zdravlje/kvaliteta-zivota-starijih-osoba.aspx>. Datum pristupa informaciji: 10.6.2016.
34. Dostupno na URL: https://ec.europa.eu/eures/public/hr/news-articles/asset_publisher/L2ZVYxNxK11W/content/id/38493. Datum pristupa informaciji 5.10.2017.

SUMMARY

FUNCTIONAL ABILITY SELF-ASSESSMENT IN ELDERLY POPULATION

I. POPEK and U. RODIN

*Institute of Public Health of Sisak-Moslavina County, Sisak and
¹Croatian Institute of Public Health, Zagreb, Croatia*

European demographic data indicate aging of the population lasting for decades in almost all European countries. Compared to others, Croatia is classified among the oldest European nations (17.7% of the population aged ≥ 65). Physiological and functional changes in the process of aging reduce functional ability. Capability to perform all everyday activities is an important characteristic of the quality of life in the elderly. Chronic diseases in old age also contribute to disability. The purpose of health promotion and preventive interventions is to improve health and protect physiological, mental and social functioning of the elderly. The *aim* of this review is to present trend changes of functional disability in the population aged ≥ 65 according to gender and three age groups (early, middle and old age) and stimulate public health interventions for improving functional abilities of the elderly. *Subjects and Methods:* The 2001 and 2011 census data were used. The respondents included the population of Croatia aged ≥ 65 and data were obtained by self-assessment (693.540 persons in 2001 and 758.633 persons in 2011). According to census data, the number of people with disabilities aged ≥ 65 increased from 148.170 persons in 2001 to 353.247 in 2011. The *results* showed the age specific disability rate to have increased in all age groups, as follows: from 197.9/1000 to 384.5/1000 in 65-74 age group; from 237.0/1000 to 538.5/1000 in 75-84 age group; and from 274.9/1000 to 679.3/1000 in ≥ 85 age group. There were also gender differences with larger rate increase of disability in females (from 18.7% to 48.9% in female and 25.7% to 42.9% in male). The most common cause of disability were diseases; the specific rate of disability caused by diseases increased from 129.4/1000 to 335.5/1000. Locomotion problems were the most common difficulties in everyday functioning. The rate of functional disability in elderly increased in all counties and was most pronounced in less developed counties (the biggest rate increase was recorded in Vukovar-Srijem County and in Karlovac County). *Conclusion:* It is necessary to develop public health interventions to keep functional ability in the elderly. Each county should create activities by its demographic, social and health indicators. It is also necessary to bring a healthy aging strategy at the national level. Considering human and financial resources, it is necessary to develop noninstitutional care for the elderly and include organizations of civil society in providing social services.

Key words: population ≥ 65 , functional abilities, disability, quality of life, diseases, health promotion