

**УНИВЕРЗИТЕТ "СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ" - СКОПЈЕ**  
**ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ - СКОПЈЕ**



**ПАЛИЈАТИВНА ГРИЖА И КВАЛИТЕТ**  
**НА ЖИВОТ – КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА**

**СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД**

**МЕНТОР**

**ПРОФ. Д-Р ИВАН ТРАЈКОВ**

**КАНДИДАТ**

**ДЕЈАН П. ПЕТРОВ**

**Скопје, 2020 година**



**УНИВЕРЗИТЕТ „СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ“ – СКОПЈЕ**  
**ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ – СКОПЈЕ**



**ПАЛИЈАТИВНА ГРИЖА И КВАЛИТЕТ**  
**НА ЖИВОТ – КАЈ СТАРИТЕ ЛИЦА**

**СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ТРУД**

**МЕНТОР**

**ПРОФ. Д-Р ИВАН ТРАЈКОВ**

**КАНДИДАТ**

**ДЕЈАН П. ПЕТРОВ**

**Скопје, 2020 година**

# СОДРЖИНА

<b>ВОВЕД</b> .....	1
<b>ГЛАВА 1</b> .....	2
<b>1. ДИСТИНКЦИЈА И ДЕФИНИРАЊЕ НА ПОИМИТЕ</b> .....	2
1.1 <i>Историјат</i> .....	2
1.2 <i>Палијативна заштита во земјите од Европа</i> .....	3
1.3 <i>Цел</i> .....	8
<b>2. СТАРОСТА И СТАРЕЕЊЕТО КАКО ПРОЦЕС</b> .....	10
2.1 <i>Дефиниција на староста и стареењето</i> .....	10
2.2 <i>Различни теории на стареење</i> .....	12
2.2.1 <i>Биолошка теорија на стареењето</i> .....	12
2.3 <i>Генетика на стареењето</i> .....	13
2.3.1 <i>Предвременно стареење</i> .....	14
2.4 <i>Стареење на човекот</i> .....	14
2.5 <i>Психолошки теории на стареење</i> .....	16
2.6 <i>Претходници на современите психолошки теории на стареење</i> .....	17
2.6.1 <i>Теорија на психосоцијален развој според Ерик Ериксон</i> .....	17
2.7 <i>Современи психолошки теории на стареење</i> .....	19
2.7.1 <i>Теорија на животниот век</i> .....	19
2.7.2 <i>Теорија на животниот циклус, Даниел Левинсон</i> .....	19
2.7.3 <i>Континуитет и промена низ животниот век</i> .....	20
2.7.4 <i>Когнитивна теорија на прилагодување на стареењето</i> .....	21
2.8 <i>Социолошки теории на стареење</i> .....	21
2.9 <i>Демографско стареење на популацијата во светот</i> .....	23
2.10 <i>Социо-економски карактеристики на старите лица во Р.С.Македонија</i> 23	
<b>3. КВАЛИТЕТ НА ЖИВОТ НА СТАРИТЕ ЛИЦА</b> .....	25
3.1 <i>Квалитет на живот – општи размислувања и дефиниција</i> .....	25
3.2 <i>Современи пристапи во проценка на квалитетот на животот и нивна применливост кај старите лица</i> .....	25
3.3 <i>Социјални аспекти и квалитет на живот на старите лица</i> .....	27
3.4 <i>Мерење на квалитетот на живот кај старите лица</i> .....	28
3.5 <i>Фактори кои влијаат на квалитетот на животот кај старит лица</i> ....	29
3.6 <i>Социо-економски фактори</i> .....	29
3.7 <i>Стил на животот кај старите лица</i> .....	30

3.8	Стрес и кризи како фактор за квалитет на животот .....	30
3.9	Влијанието на хронично прогресивните и малигните заболувања врз квалитетот на животот кај старите лица .....	31
3.10	Влијанието на социјалната поддршка и социјалните мрежи на квалитетот на животот.....	31

## ГЛАВА 2..... 33

### 4. МЕТОДОЛОГИЈА И ИСТРАЖУВАЧКИ ДЕЛ ..... 33

4.1	Методи и истражувачки техники .....	33
4.2	Анализа на резултатите од истражувањето.....	33
4.3	Опишта хипотеза .....	36
4.3.1	Квалитетот на животот кај старите лица во палијативен третман на болеста е на повисоко ниво доколку постојат кохезивни семејни односи .....	36
4.4	Хипотеза 1 .....	40
4.4.1	Функционалните способности на стари лица – пациенти со хронично прогресивни и малигни заболувања .....	40
4.4.2	Времетраење на престојот на хронично болните стари лица детерминирани од заболувањата.....	41
4.4.3	Семејната поддршка пред хоспитализацијата и нејзиното влијание на здравствената состојба.....	43
4.4.4	Станбено-просторни и хигиенски услови за живот на испитаниците .....	43
4.4.5	Здравствената состојба и надзор на испитаниците пред хоспитализација .....	44
4.5	Ограничувачки фактори во однос на квалитетот на животот пред хоспитализацијата .....	45
4.5.1	Мобилноста на хронично болните стари лица .....	45
4.5.2	Говор, вид, слух и исхрана – фактори за квалитет на живот ....	45
4.5.3	Интервенции на интердисциплинарниот тим во правец на подобрување на квалитетот на животот .....	46
4.5.4	Ортопедски помагала-неопходност за подобрување на квалитетот на животот .....	46
4.5.5	Проблеми со исхрана-обезбедување на забни протези.....	47
4.5.6	Психо-социјална помош и поддршка во надминување на различни емоцијални состојби .....	48
4.6	Хипотеза 2 .....	49
4.6.1	Социо-економските услови како фактор за повисок квалитет на живот на старите лица.....	49
4.6.2	Образовен статус на испитаниците.....	49

4.6.3	<i>Квалитет на живот детерминиран од образовниот статус на испитаниците</i> .....	50
4.6.4	<i>Работните позиции и квалитетот на животот на испитаниците</i> .....	51
4.6.5	<i>Влијанието на работниот ангажман врз квалитетот на животот на испитаниците</i> .....	51
4.6.6	<i>Општествен статус на испитаниците и неговото влијание врз квалитетот на животот</i> .....	52
4.6.7	<i>Примарна животна средина и нејзино влијание врз квалитетот на живот на испитаниците</i> .....	53
4.6.8	<i>Влијанието на социјо-економската положба на семејствата врз квалитетот на животот на испитаниците</i> .....	54
4.6.9	<i>Социјални ризици - нивна амортизација или надминување</i> .....	55
4.6.10	<i>Посредување во имотно-правни спорови</i> .....	56
<b>4.7</b>	<b><i>Хипотеза 3</i></b> .....	<b>56</b>
4.7.1	<i>Половата разлика во однос на квалитетот на живот</i> .....	56
4.7.2	<i>Субјективни ставови за задоволство и тест за квалитет на животот</i> .....	59
4.7.3	<i>Тест за квалитет и задоволство од животот</i> .....	60
<b>ГЛАВА 3</b>	.....	<b>67</b>
<b>5.1</b>	<b>ЗАКЛУЧОЦИ</b> .....	<b>67</b>
<b>5.2</b>	<b>СЛЕДНИТЕ ЧЕКОРИ ВО РАЗВОЈОТ НА ПАЛИЈАТИВНОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ВО РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА</b> .....	<b>69</b>
<b>5.3</b>	<b>ГЛАВНИ ДОСТИГНУВАЊА</b> .....	<b>69</b>
<b>5.4</b>	<b>СЛЕДНИ ЧЕКОРИ</b> .....	<b>70</b>
<b>КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА</b>	.....	<b>71</b>

## Вовед

Палијативно згрижување претставува активно ,свкупно згрижување на лица со напредната неизлечива прогресивна болест и потребата да му се помогне на човекот од сите аспекти на неговото страдање.

Од анализата на потребите се препознава дека старите лица сакаат да бидат третирани како личности, да им се овозможи стручна помош ,зачува достоинството и даде максимално можна утеха и удобност. Различните ставови околу палијативна грижа за стари лица во нашето истражување се условени од степенот на антрополошка,здравствена и социо-економска состојба. Недостасува проценката на функционалните способности во раната фаза за да може да се направи прецизна проценка и план за грижа.

Старите лица се подложни на болести со брз развиток и хроничен тек. Грижата за нив е најчесто поврзана и со социо-економските услови кои се одразуваат со влошена здравствена состојба.

Специјализирана Установа за палијативна грижа во Република Северна Македонија придонесе за добро емпириско искуство во областа. Координиран систем на услуги,што значително учествува во одржување на квалитетот на животот и негов достоинствен крај.

И покрај тоа што Установата ги достигна високите професионални стандарди, во задоволување на потребите учествува со незначителен процент.

Сеуште неможеме да зборуваме за квалитетна и достоинствена грижа која ја посакуваме на ниво на државата, достапна за старите лица.

# ГЛАВА 1

## 1. Дистинкција и дефинирање на поимите

**Палијативно згрижување** е активно, севкупно згрижување на лица со напредна, неизлечива прогресивна болест, чија цел е да му се помогне на човекот од сите аспекти од неговото страдање.

Пред се, контрола на болката и други симптоми на болеста, давање на психолошка, социјална и духовна поддршка.

**Терминалната грижа** е важен дел од палијативната нега и обично се однесува на постапка со пациентот во текот на неговите последни неколку дена, недели, месеци, од моментот кога ќе стане јасно дека пациентот е во прогресивен пад ( NCHSPCS 1995).

**Терминално болен** : смртно болен е оној пациент со активна прогресивна болест, на кој куративниот третман не помага или не е соодветен и кај кого смртта може да се предвиди со сигурност во рок од 6-12 месеци (NCHPCS 1995).

### 1.1 Историјат

Од најстарите времиња општествата настојувале да понудат соодветни нивоа на грижа и поддршка на болните кои умираат и членовите на нивните семејства.

Се до средината на минатиот век медицинската наука имала малку да понуди во смисол на ефикасност на контрола на болката и другите симптоми. Развојот на медикаментозната терапија во 50-те години на минатиот век комбинирана со разбирањето за психолошките и духовните потреби на болните кои умираат, го трасира патот за развој на служби на палијативно згрижување. Принципите на палијативно згрижување, стануваат пошироко прифатени и применливи во текот на втората половина на минатиот век. Термовиинот хоспис е користен да го опише местото каде овие болни имале свое засолниште. Во Европа поврзаноста на Хосписите со грижата за болните кои умираат датира од 1824 година и е поврзана со работата г-ѓа Џен Гарниер од Лион, Франција. Во Ирска родот на сестрите, мајката Мери Ејкенхед отвора Хосписи во Даблин и во Корку, во 1870 година и во Лондон 1905 година. Овие установи ги



згрижувале болните кои имале неизлечиви заболувања во поодмината фаза. Напорите за да се постигне контрола на болката и на другите симптоми изостанала поради неразбирање на природата на овие симптоми и уште повеќе поради недостаток на ефикасни медикаменти.

## 1.2 Палијативна заштита во земјите од Европа

Во развиените земји општо е прифатено морално и материјално инвестирање во оваа значајна област на медицината и културата. Досегашните студии јасно покажуваат дека постојат важни разлики во степенот на достапност на палијативно згрижување, но и дека постои значителна сличност во заинтересираноста и енергијата која се воспоставува во работата на сервисите за палијативна заштита St. Christopher's Hospice основан во 1967 година е прва модерна медицинска установа и денес претставува водечки наставен и истражувачки центар кој работи на проблемите на терминална грижа. Првиот донатор на St. Christopher's Hospice бил од Полска и сопруг на основоположникот на палијативното згрижување и на модерно Хосписко Движење Dame Cicely Saunders. Таа повеќе години работела во хосписот St. George во Лондон, за да во 1967 година го отвори St. Christopher's Hospice во Лондон. St. Christopher's Hospice секогаш ги промовира принципите на палијативно згрижување во окружувањето во кое се дава. Ентузијазмот на ширење на знаења и вештини не го ограничува само на Англија, туку и во целиот свет. Професионални здравствени работници од сите континенти студираа во St. Christopher's Hospice и ги применуваа новите знаења и вештини во своите земји.

Неговиот хосписки информативен центар во Англија и Ирска забележува: 135 хосписки единици со 2006 кревети, 50 национални здравствени сервиси, 11 единици Marie Curie (центри за помош и поддршка на болни од малигни заболувања) 9 единици Sue Ryder Care со 170 кревети, вкупно 203 хосписки единици со 3110 кревети.

На споменатиот број хосписки постели треба да се додадат и хосписки тимови за домашна нега. Првиот е основан во 1969 година, во St. Christopher's Hospice. Денес постојат 370, од кои повеќе од половина се врзани за стационарни хосписи.

**The Hospice Information Service** е трет облик кој содржи 200 единици, самостојни или врзани за стационарни хосписи или за хосписки тимови. Раширени се низ целиот свет.

Во нашата држава развојот на палијативното згрижување започнува од 1998 година.

- Во периодот од 1998 година до 2000 година во Република Македонија изградени се два хосписа (Специјализирани Установи за палијативно згрижување) кои за првпат обезбедија практична примена на палијативно згрижување и ги амортизираа потребите на луѓето за хумана и достоинствена грижа на крајот од животот.
- Проектите се претставени како партнерство помеѓу Sue Ryder Care и Владата на Република Северна Македонија- Министерство за здравство, со посредство на ЕУ.
- Хосписот Sue Ryder Care – Скопје започна со работата 1998 година ,(слика) а Хосписот Sue Ryder Care –Битола во 2005 година. (слика)



Сју Рајдер Скопје



Сју Рајдер Битола

- Во 2000 година формирано е Здружение за палијативно згрижување при Македонско Лекарско Друштво, кое во 2001 година стана членка на Европска Асоцијација за палијативно згрижување .
- Фондацијата Sue Ryder Care за првпат во Република Северна Македонија овозможи едукација од областа на палијативно згрижување за професионалци, семејства и волонтери и ја инсталира програмата за континуирана едукација. Во 2004 година во рамките на оваа програма, Фондацијата Sue Ryder Care во соработка со Медицинскиот Факултет одржа едукација за професионалци од областа на палијативна медицина, насловена како „Основни принципи на палијативно згрижување, стратегии во контрола на болка и комуникациски вештини“, со учество на национални и интернационални едукатори.

- Во периодот од 1998-2000 година формирани се 8 интердисциплинарни тимови за стационарна Хоспис грижа и два интердисциплинарни тимови за палијативно згрижување во домашни услови, кои делуваат координирано и интегрално на територија на Град Скопје
- Хосписите Sue Ryder Care во Скопје и Битола имаат вкупен капацитет од 150 кревети и обезбедуваат услуги за 600 болни на годишно ниво.
- Во 2004/2005 година започна со работа службата за палијативно згрижување во домашни услови во Град Скопје и обезбедува услуги за 160 болни на годишно ниво.
- Во 2003 година со измени и дополнување на Законот за здравствена заштита (чл.101 од Законот) палијативното згрижување е интегрирано во здравствениот систем и обезбедено е негово финансиско сервисирање од страна на Фондот за здравствено осигурување.
- Во рамките на програмата за континуирана едукација од страна на Фондацијата Sue Ryder Care и НВО Миа, финансиски поддржана од Фондацијата Институт Отворено Општество Македонија организирани се и спроведени 3 тренинг работилници за професионалци, волонтери и членови на семејства кои учествуваат во палијативна грижа во домашни услови насловени како „Палијативно згрижување – главни факти“ со вкупен број на 160 учесници.
- Фондацијата Sue Ryder Care во периодот од 2000-2006 година во рамките на програмата за континуирана едукација обезбеди повеќе едукации престој размена на искуства, размена на искуства за професионалци во Англија, Полска, Чешка, Италија. Хосписите се збратимени со Установи за специјализирана палијативна заштита Sue Ryder Care со Sue Ryder Care Nettlebed hospice. Воспоставена е континуирана соработка на планот на мониторинг и развој на квалитетот на палијативно згрижување
- Во 2006 година во рамките на Првиот Конгрес на семејни доктори од Југоисточна Европа во организација на Фондацијата Sue Ryder Care одржан е симпозиум на тема „Палијативно згрижување е премногу комплексен и сериозен проблем за да се препушти само на државното здравство“) на кој учествуваа 300 семејни доктори од земјава и регионот.
- Проектот насловен „Следни чекори во развојот на палијативно згрижување во Република Македонија“ во 2006/2007 година обезбеден и финансиран од страна

на Sue Ryder Care фондација и Институтот на Отворено општество за првпат ги анализира состојбите и утврди потребите за палијативно згрижување во Република Македонија. Обезбеди поддршка на релевантните владини субјекти и невладиниот сектор во однос на организација и финансирање на проширените услуги за палијативно згрижување во домашни услови и потребата од проширување на капацитети и ресурси . Врз основа на анализата на состојбите и потребите за палијативно згрижување во Република Северна Македонија, Фондацијата Sue Ryder Care ја покренала иницијативата и учествуваше во експертскиот тим за донесување и имплементација на Национална Стратегија за палијативна заштита во Република Македонија (2010-2020) донесена на Седница на Владата на Република Македонија во април месец 2010 година

### **Палијативна медицина:**

- Нова гранка на медицината која ја проучува постапката со болните, заболени од активни, прогресивни, напреднати заболувања со неповолна прогноза. Тежиштето на грижата е на сочувување на квалитетот на животот.

Палијативна грижа препознава дека сите оние кои се на крајот од животот сакаат да бидат третирани како личности, да им се овозможи стручна помош, сочува достоинството и даде максимална можна утеха и удобност.

Националната стратегија за палијативна грижа во Република Северна Македонија се базира на вредностите кои ги предлага Совет на министрите на Европа за палијативна заштита: Човечки права, права на пациентите, достоинство, демократија, солидарност, еднаквост (на половите), слобода на избор и право на учество во донесување на одлуки.

Растечкиот тренд на стареењето на популацијата како во светот, така и кај нас има за последица зголемен број на болести со хроничен и прогресивен тек (срцеви, малигни, мозочни и сенилни заболувања) поради што палијативната грижа за овие луѓе станува приоритет.

(Од анализата на состојбите и потребите, демографски карактеристики на населението)

Во однос на стареењето на населението значајни промени се настанати во старосната структура. Во периодот од 1997 до 2007 год, учеството на старото население од 65 години и повеќе е зголемено од 9,3 на 11,4%.

Промените во старосната структура на населението имаат своја рефлексивна врз бројот на умрени лица во земјата, што придонесе на зголемување на стапката на смртност која во 2007 година изнесувала 9,6 промили за разлика од 1997 година кога изнесува 8,2 промили. Просечната возраст изнесува кај машкиот пол 69 години, а кај жени 73,4 години.

Во период од 2002год до 2008година процентот на жители постари од 65 години порасна од 10,6 на 11,4%

Сиромаштијата има големо влијание на здравствената состојба на населението. Под голем ризик од сиромаштијата се и пензионерите.

Во вкупниот болнички морбидитет лицата од 65години учествуваат со 24,4%, 68% од нив имаат 3 до 5 хронични заболувања. Повеќе од 20% од вкупната популација на стари лица имаат крајно нарушена здравствена состојба и немаат соодветна грижа и нега во Република Северна Македонија

Старите лица се подложни на болестите со брз развој и хроничен тек .

Грижата за нив е најтесно поврзана со социо - економските услови .

Преживување во Установи за стари лица е до 2 години и најчесто претставуваат места на финална фаза од животот. Според истражувањата способноста за самостоен живот опаѓа 1 до 2% на годишно ниво, што укажува на потребата за индивидуален план за грижа на овие лица, за да се осигура најдобар можен квалитет на живот. Терминалната фаза е окарактеризирана со растечко губење на автономност кај овие лица, општа истоштеност, која го вовлекува и семејното јадро.

Различните ставови околу терминална грижа за стари лица се условени од степенот на антрополошка и социо-економско развиеност на заедницата. Недостасува проценка на функционалните способности (физички и ментални), не се води соодветна грижа за психолошкиот и социјалниот аспект, недостасува соодветно внимание на растечките потреби на старото население.

Морталитетот на стари лица над 65години е во пораст. Најчестите причини за смрт се хронични заболувања кои имаат прогресивен тек. Здравствените ризици кои произлегуваат од социо-економските услови значајно се одразуваат на брзиот развој и влошување на здравјето .

Сеуште не можеме да зборуваме за квалитетот и достоинствена грижа која ја посакуваме на ниво на државата.

Специјализираната Установа за геријатриска и палијативна медицина „13 Ноември“ - Скопје допринесе за добро емпириско искуство, размена и едукација од областа на палијативна грижа. Нуди координиран систем на услуги со цел да се зголеми квалитетот на животот во неговата терминална фаза со поддршка на високопрофесионални тимови и стандарди од областа. Треба да се напомене дека Установата задоволува само 3% од вкупните потреби за специјализирана палијативна грижа во државата.

Кон оваа крајно чувствителна и ранлива популација, нашата грижа оплеменета со искуство и чувствителност за нивните потреби продолжува.

Искуството укажува колку е важно на овие луѓе да се овозможи мирно и спокојно да го завршат својот живот, вреднувани и почитувани, со посветено внимание од тимовите за палијативна грижа и семејството.

Евалуација на достигнатите резултати во третманот и грижа за овие лица, за нас е секогаш предизвик и мотив да продолжиме да истражуваме.

Постојано да се грижиме за подигање на квалитетот на услугите.

Остварувањето на индивидуалните, медицински, психо-социјални и други потреби во грижата за овие лица, во голема мерка зависат од нашиот ангажман и посветеност.

Учеството на семејството во грижата е од пресудно значење за одржување на квалитетот на животот, кога се работи за старо лице и неговиот достоинствен крај .

### **1.3 Цел**

Цел е да се подобри грижата пред крајот од животот.

Да се достигне најквалитетен можен живот во неговата последна фаза

Да се афирмира животот и да се однесува на умирањето, како кон природен процес, со надеж дека нема да умрат сами и во изолација

Да се олеснат здравствените и други стресни симптоми, емоционалната болка и страдања.

Да се интегрираат психолошките и духовните аспекти на грижата.

Главната цел е да се овозможи систем на поддршка за човекот кој страда и неговото семејство.

Императив е да се создаде симбиоза на сочувствителност и современите медицински достигнувања. Да се олесни емоционално изразување.

Битно е да се достигнат основните принципи на палијативна грижа, пред крајот од животот: добра комуникација, спремност за соочување со тешки прашања (проблеми), обезбедување на континуирана медицинска, психо-социјална и духовна поддршка на човекот и семејството. Да се предвидат идните чекори, вклучувајќи го местото на смртта и агонијата. Да се подготват да се соочат со стресни ситуации (пациентот и семејството).

Разговорот во врска со третманот и терапијата, да се води исклучиво со почитување на автономија на човекот и семејството.

Да ги негуваме, координираме и поврземе чувствата кон ближниот со современ технолошки развој на медицинските достигнувања, во спротивно ќе ни се случат хаварии кои ќе доведат на прагот на новиот милениум до монструозно истребување (Пионерската мисла на експертите за палијативна грижа) \*\*\*\*\*

Златното правило од праксата укажува на потребата за воспоставување на мостови, човекот, семејството и професионалните тимови

- Важно е да се работи тимски, за да никој не биде оптоварен со одговорноста (Беревманска поддршка) како клучен дел за успехот на палијативната грижа.

Поддршката пред и по смртта, индивидуално и семејно советување, комуникација и координација во грижата усмерена на потребите и желбите на крајот од животот најдобро ја одразува улогата на социјалниот работник во тимот.

Во тие драматични моменти се истакнува желбата на стариот човек да го заврши својот живот, по можност во својот дом или барем во присуство на своите блиски, за да ги искажат своите последни пораки и мисли.

## 2. Староста и стареењето како процес

Староста и стареењето се основни поими на Геронтологијата како наука за возрасната популација и се врзани со периодот на животот на човекот, кој во најширок смисол (како биолошки, така и општествен) се карактеризира со дисимилација, дегресија и инволуција.

### 2.1. Дефиниција на староста и стареењето

- **Староста** е универзален биолошки процес и природна фаза во животот на човекот, кога доминираат инволутивните процеси, со што како последица има прогресивно и иреверзибилно опаѓање на функцијата на сите органски системи и организмот во целина.
- **Стареењето** претставува природен, неповратен физиолошки процес, кој различно се манифестира, односно се разликува кај секоја индивидуа.

Стареењето претставува мошне значајно прашање во развојот на секое општество, особено ако се погледне демографската слика на светско ниво. Тоа е аларм за неодложна акција. Староста и стареењето претставуваат социјален проблем во современото општество.

Постојат различни теории на стареење кои само делумно ги задоволуваат нашите сознанија за тој процес. Прифатлив е традиционалниот став кој се темели на генетските и физиолошки теории на стареење дека биолошката инволуција на живите организми е неизбежен и неодложлив процес (Hodoba D., 1995). Стареењето обично значи нешто што е тесно поврзано со хронолошката старост, но не е и идентично на неа. Старите лица по многу нешта се разликуваат помеѓу себе, на што влијаеле различни животни услови низ кои поминале во текот на нивниот живот. Староста е период на психофизичко опаѓање (споро, постепено или брзо) и дезориентација, личноста мора да биде силно мотивирана да со просечни напори го задржи дотогашниот стил на живот или од многу нешта по малку да се откажува.

Изложеноста на зголемен ризик и промените се согледуваат во економскиот статус, здравјето, интерперсоналните односи, социјалната средина, семејството на



старото лице, услови на домување, независноста. Промените се очигледни и доведуваат до намалување на само почитувањето, задоволството од животот како и непријатното чувство на губење и аконтрола над сопствениот живот. Старото лице лесно може да се доведе во ситуација на социјална изолација како резултат на намалена социјална поддршка и мрежа на социјални контакти. Последиците од наведеното негативно се рефлектираат на телесната состојба и симптомите. Тоа може да резултира со телесни симптоми со кои старото лице на неприлагоден начин бара помош, се обидува да привлече внимание од другите кон себе, или се обидува да ги контролира другите. (Cohen, 1990).

Освен внатрешните чинители на адаптирањето и прилагодувањето во староста паралелно и големо влијание имаат и надворешните чинители како што се социјалната средина, семејството на старото лице, условите на домување, финансиската состојба и сл.

Со комбинирањето на позитивните внатрешни и надворешни чинители се постигнува успешно прилагодување на промените кои ги носи староста со себе. Можеме да посочиме пет начини на прилагодување (Reichard, 1962): конструктивност, зависност, одбрамбени реакции, непријателство, самоомира. Кога станува збор за адаптација несомнено истата зависи од соодветен животен стандард, финансиска и емоционална сигурност, добро физичко здравје како и паралелна социјална интеракција со пријателите и познаниците. Во староста финансиските потешкотии, хроничните болести и осаменоста се очекувани животни промени.

Една од главните одлики на староста претставува пензионирањето. Прилагодувањето на новонастанатата состојба во многу нешта зависи од изминатиот период во животот на личноста и самореализацијата на професионалниот, социјалниот и семејниот живот.

Професионалниот живот има најголем удел во прилагодувањето на староста, бидејќи е поврзан со материјалните средства кој ќе може да ги користи старото лице и кој ќе го одредуваат неговиот квалитет на живеење. Социјалните контакти остварени вон професионалните активности исто така имаат влијание (другарите од детството, соседите, блиските и подалечните роднини и др.) влијаат врз прилагодувањето и квалитетот на живеењето на старите лица. Изградбата и одржувањето на хармонични и

кохезивни семејни односи придонесуваат старото лице сосема смирено да го прифати пензионирањето и сите промени кој настануваат со него.

## 2.2 Различни теории на стареење

Постојат голем број на теории на стареење, а во интерес на нашиот труд се наметнува потребата од осврт на некои од нив. Од тие причини ги претставуваме три суштински теории на стареење кои се важни за човековото битие. Во овој осврт ќе се фокусираме на три од нив: **Биолошката, психолошката и социолошката теорија на стареење.**

### 2.2.1 Биолошка теорија на стареење

Стареењето претставува сеприсутен и незаобиколив процес во живиот свет, и претставува природно – спонтано, прогресивно менување во животниот циклус на секоја единка која завршува со смрт. Овој процес е условен со генетичко програмирано слабење и откажување на системот за одржување на хомеостазата, поточно одржување на самобитноста на организмот по пат на балансирање на својата внатрешна средина во вечно променливите услови на околината.

Досега се предложени повеќе од 300 теории кои се обидуваат да ја објаснат суштината и природата на овој сложен процес. Тие меѓусебно се разликуваат во некои детали, но секоја од нив има за цел да ги објасни причинителите, програмирањата и динамиката и механизмите на стареење, на ниво на

- Нуклеинските киселини
- Хромозомите
- Клетките
- Органите
- Целиот организам

Биолошките теории на стареење се темелат на промените на еволуциското, органско-системското и клеточното ниво.

Првите современи научни теории за стареењето ги воспоставува Август Вајсман, германски еволуциски биолог во 1882 год. кој одлучувачка улога во процесот на стареење ја припишува на кинењето на клетките и ткивата во текот на животот. Се

претпоставува дека натрупувањето на отпадните метаболити и други штетни материи е заснована на запазувањето дека одредени споредни продукти од метаболизмот прогресивно се собираат во клетките, при што ги пореметуваат нивните функции и притоа можат да предизвикаат смрт на клетките.

Теориите за невролошките одредници на процесот на стареење се темелат на вооченото намалено лачење на хормонот во текот на онтогенезата. Меѓутоа се констатирало дека таквите жлезди воопшто ги нема и дека стареењето се одвива на ниво на клетките кои растат во културата на ткивото.

Кон средината на 20 век (1961) американскиот лекар Леонард Хејфлик докажал дека култивираниите фибробласти на човекот можат да имаат ограничен број на делби што е пронајдено и во културите на клетките на некои други организми. Тоа се наоди кои се постулати на на клеточно стареење според кој секоја клетка во генетскиот програм имаат таканаречен биолошки часовник, кој го ограничува бројот на делбите. Овие пристапи се опфатени во генетичките теории и во теориите на слободните радикали.

Теориите за пресудната улога на генетските чинители во процесот на стареење, претпоставуваат дека во текот на истиот се акумулираат грешки во структурата на нуклеинските киселини (првенствено ДНК) кој го пореметуваат нејзиното нормално функционирање.

Теоријата на слободните радикали прв ја разработил американскиот лекар Денхам Харман во почетокот на 20 век, Кога дошол до заклучок дека во клетките редовно се наоѓаат и слободни радикали. Познато е дека радикалите можат да оштетат различни молекули како што се протеините, липидите и нуклеинските киселини, формирајќи неприродни ковалентни врски што го забрзува стареењето на клетките и организмите.

### **2.3 Генетика на стареењето**

Широко е прифатено мислењето дека промените на различните нивоа на организација и функционирање на генетичкиот материјал се посебно значаен чинител во процесот на натрупување на биолошките промени во текот на стареењето. Поголемиот број на теории се темелат на оваа хипотеза, нагласувајќи дека стареењето е последица на акумулација на грешките во авторепродукцијата и функционирањето на ДНК соматските клетки, посебно соматските мутации.

Покрај генските, во нив е забележан онтогенетски пораст на зачестеност, на структурни и нумерички хромозомски мутации. Тоа ја условува појавата дека во рамките на широкото поле на проучување на биологијата на стареењето посебно се афирмира генетиката на стареењето, која ги проучува промените во генетичката конституција и нивните причинско-последични врски со временски воочените фенотипски манифестации во процесите на стареење на човекот и другите биолошки врсти. Резултатите од досегашните истражувања сугерираат дека генетичките промени се можеби одлучувачки фактор на природата на процесот на индивидуалното стареење.

### 2.3.1 Предвремено стареење

Генетичките рамки на метаболичките процеси, патогените фактори и елементите на културата на живеење се значајни за сите аспекти на стареењето и притоа можат да индуцираат предвремен почеток на овој процес-прогерија. На појавата на предвремената старост влијаат тешко контролирани фактори меѓу кои примарно место имаат некои наследни болести, пореметувања и синдроми како што се:

- Даунов синдром
- Вернеров синдром
- Хатчинсон-Гилфорд синдром
- Атаксија-телеангиектатика

## 2.4 Стареење на човекот

Стареењето на луѓето е неодложен природен биолошки процес кој води кон староста и смртта. Меѓу главните обележја на процесот на стареење на луѓето се:

- Намален интензитет на метаболизмот, со постепено намалување на функциите на одредени витални органи, посебно жлезди со внатрешно лачење на хормони
- Дехидратација на клетките, што предизвикува концентрирање и задржување на штетните материи
- Отежнато движење како последица на таложењето на калциумови соли во пршленската рскавица на рбетниот столб. Затоа обично старите лица се подгрбавени кон напред

- Стеснување на крвните садови поради склеротските процеси што претставува причина за послаб дотур на крвта во органите, проследено со слабеење на нивните активности
- Пораст на веројатноста за појава на најчести смртоносни болести, како што се канцер на бели дробови, гради, дебело црево и сл, како и кардиоваскуларните и нервните заболувања

Биолошки гледано, стареењето на човекот започнува со зачетокот на организмот односно раѓањето, поради фактот што клетките и растот тогаш се најбрзи и постепено се успоруваат како поминува времето.

Со други зборови, стареењето започнува и се одвива сразмерно со зголемувањето на веројатноста за природна смрт.

Генетските predispozicii имаат поголемо влијание во раниот период на човекот, за разлика од подоцнежното животно доба. Впрочем во текот на живото нашите клетки ги прибираат оштетувањата на својата ДНК, кои се случајни, но постепено стануваат помалку оддржливи.

Луѓето имаат извесни врсти на клетки кој никогаш или многу ретко се делат во текот на животот. Мускулните клетки и поголемиот број неврони никогаш не се делат во зрелото животно доба. Очигледно тие ги прибираат оштетувањата а не само ДНК. Се наследуваат исто така и разни генетски услови кои имаат влијание во подоцнежниот живот, како што е Хантингтонова хореа.

Двојните ефекти со доцнењето на наследството и натрупувањата на оштетувањата се главни одредници на процесот на стареење. Одамна е познато дека нервното ткиво старее во текот на растот и развојот на човечкиот организам. Помеѓу 30-тата и 90-тата година на животот бројот на невроните во рбетниот мозок се смалил приближно за 20%, а вкупната мозочна маса за 10%. Тие промени се следени со намалување на функционалноста на останатите битни ткива и структури за негово одржување, како што се мрежата на капилари, која ги снабдува со кислород и хранливи материи, а ги отстранува штетните продукти на метаболизмот.

Кај поголемиот број стари лица постепено или нагло се јавуваат, благи пречки во сеќавањето за минатото, а движењата и металните реакции стануваат се поспори, иако дури и во длабоката старост можат психички и когнитивно да функционираат потполно

нормално. Кај здравите луѓе во „третото животна доба“, докажана е можноста за создавање на нови асоцијативни врски со повторно воспоставување на мозочните функции но и повлекувањето од општествениот живот и интересните активности ги забрзуваат дегенеративните промени во нервниот систем со можност за појава на нервни апоптози. Со стареењето рефлексите и движењата се успоруваат а координацијата на движењата се намалуваат. Се јавува старечка далекувидност и делумен губиток на слухот. Со самото тоа се зголемува зачестеноста од појавување на различни болести.

## **2.5. Психолошки теории на стареење**

### **2.5.1. Пристапи во проучувањето на психичкиот развој**

Општо, сите теориски пристапи на проучување на човечкиот психички развој низ целиот животен век можат грубо да се вклопат во три темелни групи:

- Организмички пристап- спонтано одвивање на развојот кон генетскиот програм, низ след од временски однапред одредени стадиуми кои вредат за сите (рани развојни, психоаналитички теории)
- Механистички пристап- развојот на поединецот се одвива пасивно, со прифаќање на влијанијата од средината односно со стекнување на искуства (бихевиорални теории)
- Контекстуален пристап- развој на поединецот е продукт на сложени интеракции помеѓу биолошките, поточно генетската природа на поединецот и разни нивоа на средината во некој одреден историски период (понови дијалектички развојни теории)

Раните психолошки пристапи на проучување на стареењето се темелат на моделите кои го прикажуваат стареењето како низ на губитоци, чијашто типична последица била депресијата. Тие пристапи ги развиле клиничките психолози и психотерапевти, кои во своите стручни трудови, воглавно се занимавале со болните, депресивните или социјално загрозените стари лица (Schaie & Willis, 2001). За појавата на позитивниот пристап на проучување на стареењето, со акцент на можностите за развој во последниот период на животот, заслужни се теориите на животниот век.

## 2.6 Претходници на современите психолошки теории на стареење

Првите научно втемелени психолошки теории кои го проучувале стареењето се појавиле во 30-тите години од 20 век (според Деспот Лучанин, 2003). Шарлот Бухлер во својата **теорија на текот на животот** ги споредува психичкиот развој со биолошкиот тек на животот, кој претпоставува општо опаѓање во староста, што денес не е прифатено.

Истовремено, Карл Густав Јунг во **теоријата на животните периоди** го истакнува периодот по 40-тата година, во кој личноста се окупира со себе, станува посвесна за себе и ја бара целта, смислата и севкупноста на сопствениот живот.

Роберт Хавигхурст во 1950-тата во моделот на развојни задачи ги опишува развојните задачи во староста како прифаќање на губитоците, како и на воспоставување на задоволувачки услови за живот во тие околности.

### 2.6.1 Теорија на психосоцијален развој според Ерик Ериксон

Една од најзначајните претходници на современите теории на животниот век е преточен во името и делото на Ерик Ериксон со својата теорија на психосоцијалниот развој од 1965 година. Ериксон ги вклучува како битен услов за развојот, социјалната средина. Во секој од осумте развојни периоди лицето се соочува со одредена психосоцијална криза, односно со предизвикот, исходот кој може да биде позитивен или негативен. Доколку социјалната средина ги разбира потребите и тенденциите на лицето и истотака го поддржува нивното остварување, исходот на кризата ќе биде позитивен, а доколку таа поддршка ја нема, исходот ќе биде негативен. Исходот од кризата ги одредува особините на личноста и вредностите на лицето, кои го следат низ сите останати развојни периоди. Пет развојни периоди се однесуваат на детството и младоста, додека пак три се однесуваат на возрасното доба и староста:

Табела 1

реден број	Доба	Развојни периоди и кризи	Вредности
1	0-1	доверба наспроти недоверба	- надеж
2	1-3	автономија наспроти сомнеж	- воља
3	3-6	иницијатива наспроти вина	- цел
4	6-11	претприемање наспроти инфериорност	- компетенција
5	11-18	идентитет наспроти збрка на улоги	- предаденост
6	20-40	интимност наспроти изолираност	- љубов
7	40-60	творештво наспроти самоостварување	- грижливост
8	60-смртта	интегритет наспроти очај	- мудрост

Зависно од исходите во сите претходни кризи, дури во староста лицето може да го согледа текот на животот, па доколку го процени за успешен, ќе се чувствува како добро интегрирано задоволно лице кое не се плаши од староста и смртта. Доколку пак исходите на претходните кризи бидат негативни, лицето во староста ќе биде незадоволно од својот живот и неуспесите во него, очајна бидејќи времето истекува и нема простор да се исправат неуспесите. Таквото лице не го прифаќа сопственото стареење и смртта.

Посебна вредност на оваа теорија се согледува во тоа што се нагласува дека психичкиот развој трае се до крајот на животот, кога конечно можеме да го согледаме севкупното созревање. За да може подобро да се разбере луѓето во староста, се согледуваат во контекст на целиот животен век, вклучувајќи успешно и неуспешно разрешување на проблемите од раните животни периоди (Gormly i Brodzinsky, 1989).

Во текот на 70-тите години од минатиот век се појавуваат понови теории на животниот век кои воглавно се усмеруваат на прикажување на развојот во возрасното доба и староста, од причина што класичните развојни теории доволно добро ги опишале и објасниле развојот во детството и младоста.



## 2.7 Современи психолошки теории на стареење

### 2.7.1 Теорија на животниот век

Еден од попримерните пристапи во проучувањето на психологијата на стареењето е токму теоријата на животниот век или животниот циклус.

Според оваа теорија промените се припишуваат на вродените, генетските причинители кои управуваат со развојот на поединецот во различни периоди на животниот век на сличен начин. Промените се нормативни, поврзани со хронолошката возраст и предвидливи. Развојните периоди се одвиваат со одреден след, така што успешен развој во еден животен период е нужен за успешно напредување во следниот период.

Денес постојат многу различни модели на психички развој низ животниот век, така што може да се зборува за група на теории за животниот век или животниот циклус

### 2.7.2 Теорија на животниот циклус, Даниел Левинсон

Според Даниел Левинсон (1978) развојот во возрастната доба се одвива со уреден след низ периоди на стабилност кои се менуваат со периодите на преодите. Во периодот на стабилноста се решаваат развојни задачи и се остваруваат зацртани животни цели, а во периодите на преодот се преиспитуваат животните цели, се истражуваат нови можности и се прават важни животни избори.

Постојат три големи развојни периоди во возрастното доба –рано(од 22-40год), средно(од 45-60) и доцно возрастна доба (од 65 и повеќе години).

Најважно во оваа теорија на развојот, се преодните периоди(периоди на транзиција) помеѓу три основни развојни периоди. Тоа се:

- Преод на раното возрастна доба (17-22)
- Преод на триесетите години(28-33)
- Преод на средината на животот (40-45)
- Преод на педесетите години (50-55)
- Преод на доцната возрастна доба (60-65)

(Според Kimmel,1990)

Траењето на преодните периоди је рамковно и индивидуално. Во секој преоден период лицето проценува во колкава мерка ги остварила своите цели поставени во претходниот развоен период, со што ги задоволила, а со што не, како и што би можело да се смени, за да биде позадоволна

Токму ова „средување на сметките со самиот себе“ представува развој и нужен предуслов за успех во понатамошното созревање.

Левинсон смета дека стареењето е резултат на спремноста за соочување со успехите и неуспехите во остварувањето на животните цели поставени во раните животни периоди, како и спремност за прилагодување на целите кон сопствените потреби и можности во одредено животно доба. Доколку старото лице процени дека ги постигнало своите животни цели, онака како најдобро можело и задоволно е со тоа, ќе ја прифати сопствената старост и смрт. Доколку старото лице не е спремно да се соочи со себе и не ги прилагодило сопствените цели со своите можности, во староста ќе се чувствува нереализирано, незадоволно и ќе биде свесно дека нема повеќе време било што да се промени. Таквите стари лица, слично на Ериксонските очајни стари луѓе, не ја прифаќаат сопствената старост и смрт.

Најновите теории од 80-тите и 90-тите години се усмерени кон толкување на прилагодувањето на личноста на стареењето.

### 2.7.3 Континуитет и промена низ животниот век

Спротивно на нагласувањето на промените во развојот, некои истражувачи ги застапуваат стојалиштата дека темелната структура на личноста на поединецот останува во принцип стабилна во текот на подолги временски периоди. (Costa & McCrae, 1989) опишуваат 5 широки фактори или димензии на црти на личноста: **неуротицизам, екстраверзија, отвореност кон искуствата, угодност и совесност**. Цртите се релативно трајни карактеристични начини на мислење, чувствување и делување. Заклучуваат дека луѓето ги задржуваат своите особености кои се темел на прилагодување кон варијабилните животни барања. Разбирајќи ги индивидуалните разлики, може да се предвидуваат животни исходи и прилагодувања со животни закани, губитоци и предизвици во возрасното животно доба на поединецот. Кај поголемиот број на стари лица, карактеристичен начин на функционирање се одржува стабилен до крајот на животот.

### 2.7.4 Когнитивна теорија на прилагодување на стареењето

Био-психо-социјалните промени ,кои го чинат процесот на стареењето, поставуваат прилично оптеретување на сликата на личноста за себе, односно за довербата во себе.

Според Brandtstadter и Greve(1994) претпоставуваат постоење на три темелни облици на соочување со перцепираните или очекуваните развојни губитоци:

1. **Асимилација**- активно прилагодување или промени на животните ситуации, така што повеќе одговара на личните цели и тенденции. (на пр. Старото лице го заменува вежбањето со теговите, со шетање во природа)
2. **Акомодација**- прилагодување на целите и тенденција кон ограничувања, така што перцепираниот несклад го губи негативното и заканувачкото значење. (Сеуште излегувам од куката, добро се движам и сам одам во продавница, значи подобар сум од моите врстници)
3. **Имунизација**- обработка на информации со еуфемистична интерпретација или негација на заканувачките информации за себе, па така личноста наместо интелектуалната брзина и снаодливост го истакнува искуството (Ја сум спора,но сум точна поради животното искуство)

Успешното стареење подразбира рамнотежа помеѓу асимилативните, акомодативните и имунизационите облици на соочување, односно одржување на стабилност на идентитетот на личноста. Старите луѓе успеваат да ги обработат податоците самите за себе на начин што им овозможува да го зачуваат чувството на лична вредност и континуитет.Овој теориски пристап може да се спореди со пристапот на когнитивна контрола на личниот развој. Со промените во староста не опаѓа перцепираната контрола, туку се менуваат стратегиите на контролата: избегнување на губитоци, наместо барање на добивка.

## 2.8 Социолошки теории на стареење

Постојат голем број на дилеми, полемики и развиени дискусии за одредување на стареењето и староста од тие причин не постои генерално признаен начин за

одредување. Постојат повеќе теории, но три од нив се најрелевантни социолошките теории кои се практикуваат во истражувањата за квалитетот на живеење на старите лица. Тоа се : Теорија на неактивност, теорија на активност и теорија на континуитет, но и покрај тоа сите тие се подложни на критики, но сепак претставуваат докажан производ во тоа време (Putnam, 2002)

Овие теории се базираат на повоената здравствена и социјална политика во 40-те и 50-те години од минатиот век, во кој период поради демографските промени и од толкувањата на политичката економија старите лица претставувале проблем на општеството во целина. Овие теории иако потекнуваат од минатиот век сепак претставуваат појдовна основа за сите процеси во денешницата, а се однесуваат за старите лица, па од тие причини вредно е да ги напоменеме во овој труд.

**Теорија на неактивност:** Оваа теорија претставува постепено повлекување од социјалните интеракции и активности и претставува неизбежен придружник на старото доба; ова го штити поединецот од траумата од приближување на смртта и го минимизира вознемирувањето од општеството кога настапува смртта (Cumming & Henry 1961)

**Теорија на активност на улоги:** одржувањето на социјални улоги и активности кои се значајни за луѓето и им даваат чувство на добросостојба во староста (Navehust & Albrecht 1953, Lemon 1972)

**Теорија на континуитет :** поединците вршат прилагодување кое ќе им овозможи чувство на континуитет меѓу минатото и сегашноста, со што се штити нивната психолошка благосостојба (Atchley 1989,1999).

Во образложение на горенаведените социолошки теории видлива е спротивставеноста на теоријата на активност кон теоријата на неактивност, каде што според прво наведената позитивното или успешното стареење може да се постигне преку одржување на улогите и социјалните контакти, а не со повлекување. Оваа теорија била премногу едноставна и ги игнорирала прашањата за социјалната нееднаквост и поврзаноста помеѓу ослабнатото здравје и функционалноста, губењето на социјално-интеграционите процеси, осиромашувањето на социјалните мрежи и социјални активности.

Теоријата на конитинуитет, за разлика од претходните две теории предлага внатрешна(само осмисленост) и надворешна (социјални улоги, активности, социјални контакти и сл) постојаност и конзистентност во човековиот живот, континуиран развој и адаптација во текот на животот на сите промени кои се случуваат особено во подоцнежното животно доба. Секако дека и оваа теорија има свои недостатоци особено во правец на прашањата за моќта и нееднаквоста во општеството.

## **2.9 Демографско стареење на популацијата во светот**

Современиот свет старее. На тоа ни укажуваат релевантните показатели и извори. Во периодот помеѓу 2017 и 2030 година, се предвидува дека бројот на лицата на возраст од 60 години или повеќе се очекува да порасне за 46% (што значи од 962 милиони, на 1,4 милијарди) на глобално ниво овој број е поголем од бројот на младите, како и на децата под 10-годишна возраст. Се смета дека една од најзначајните трансформации во 21 век ќе биде токму стареењето на населението.

Неспорен е фактот дека старите лица играле значајна улога во општеството, претставувале водачи, чувари и заштитници на традицијата. Но оваа популација е истотака и ранлива, по што многу често се соочува со сиромаштија, губење на физичката способност или е соочена со дискриминација. Со прогресот на здравствената заштита во светски рамки, расте и популацијата на постарите лица.

## **2.10. Социо-економски карактеристики на старите лица во Република Северна Македонија**

Ако се земе во предвид старосната структура, македонското население се повеќе старее. Во периодот од 2009 - 2019 година, учеството на младото население(0-14год) во вкупното население е намалено од 17,7 на 16,2%, додека пак учеството на старото население (65 и повеќе години) е зголемено од 11.6 на 14,5% („Северна Македонија во бројки“, 2020, стр 12).

Во периодот од 2009 до 2019 година, бројот на живородените е намален за 3 839 живородени деца или за 16.2 %. Промените во старосната структура на населението имаат своја рефлексивност врз бројот на умрените лица во земјата. Бројот на умрените лица

придонесе за зголемување на стапката на морталитет, која во 2019 година изнесува 9.8‰ (умрени на 1000 население). („Северна Македонија во бројки“, 2020, стр 13)

Од 2009-2019 година, постои намалување на бројот на живородените деца и истиот е намален за 3839 живородени или за 16,2%. Своја рефлексивна структура на населението има и бројот на починати лица. Тој придонесе за зголемување на морталитетот, кој во 2019 година изнесува 9,8% на 1000 население („Северна Македонија во бројки“, 2020, стр.13)

Пензионерите, учествуваат со 19.0 %, земјоделците со 5.8 %, социјалните бенефиции со 1.7 %, каде што доминира старото население.

Феноменот на регионално стареење е типичен за нашата земја, во руралните подрачја и постои интензивна миграција на младото продуктивно население во насока село-град и притоа видлива е големата застапеност на старите лица во вкупната возрасна структура на населението во руралните подрачја, селата, наспроти населението во градот.

Бројот на старите лица во 2015 година изнесувал 264.964, додека во 2017 година се зголемил на 272.234 лица (Извор: Институт за јавно здравје на РСМ). Стареењето на популацијата ќе доведе до значително намалување на работна сила во наредните години. Овој тренд може негативно да влијае на економската состојба воопшто во нашата земја. Неопходни се програми за обезбедување на социјалната сигурност на старите лица, како на тие во урбаните, така и на тие во руралните средини. Неопходни се реформи во пензискиот систем, бидејќи и сегашниот систем не ја гарантира социјалната сигурност на старите лица. Покрај тоа, особено е битно насочување на вниманието на здравствената заштита на старите лица, бидејќи здравственото законодавство има исклучително влијание на положбата на старата популација.

### 3. Квалитет на живот на старите лица

#### 3.1 Квалитет на живот – општи размислувања и дефиниција

Животот со своите квантитативни и квалитативни особини е составен дел на светот па во тој правец и смисол треба да се поимаат концептите на квалитетот на животот и интеракциите како со општественото, така и со физичкото опкружување. Квалитетот на животот, како и објективните и субјективните доживувања и чувства на поединецот подразбираат постоење на следните одредници и состојби, прикажани во долунаведената табела:

Табела 2. Објективни и субјективни показатели на квалитетот на животот

Објективни општествени показатели	Субјективни општествени показатели
Очекувано траење на животот	Чувство на припаѓање кон заедницата
Стапка на криминал	Имотен статус
Стапка на невработеност	Среќа
БДП – бруто домашен производ	Севкупно задоволство со животот
Активно школување	Задоволство со работата
Број на работни часови во неделата	Сексуален живот
Стапка на перинатална смртност	Спроведување на правдата
Стапката на самоубиства	Класна идентификација
	Хоби и членства во клубови, организации

Согласно, СЗО од аспект на медицината квалитетот на животот е дефиниран на следниот начин:

„Перцепцијата на поединецот за сопствената положба во животот во контекст на културата и системот на вредности во кој и самиот живее, како и односот на сопствените цели, очекувања, стандарди и интереси“.

Толкувањето на концептот на животот на овој начин ги вклучува физичките и психосоцијалните аспекти и притоа се подразбираат најмалку 5 компоненти:

- Физичко здравје на поединецот;
- Психолошкиот статус;
- Материјалната независност/степен на самостојност;
- Социјалните односи;
- Односот кон значајните карактеристики на надворешната средина;

Современи пристапи во проценка на квалитетот на животот и нивна применливост кај старите лица

### **3.2 Современи пристапи во проценка на квалитетот на животот и нивна применливост кај старите лица**

Квалитет на животот се повеќе се смета за идеал на модерната медицина од аспектот на биопсихосоцијалното стојалиште бидејќи овозможува и етички напредок во методите на клиничката евалуација. Современици сме на епохата во која е дојдено до значително продолжување на траењето на човечкиот живот, така што императив на современиот човек претставува тенденцијата да се додаде „живот на годините“. Нема сомнение дека воведувањето на квалитетот на животот како своевиден ентитет ја хуманизира медицинската наука, бидејќи во својот суштински пристап болното лице се уважува како комплетна личност и не се дозволува одвојување на телото на болниот од неговата личност.

Расправиите во врска со квалитетот на животот во рамките на академската литература се базираат на грижата за здравјето, вклучувајќи ја медицинската нега и промоцијата на здравјето, набљудувајќи го дејството на медицинските интервенции и субјективната благосостојба на поединецот или групата, занимавајќи се со изучување на влијанието на инвалидитетите и другите недостатоци, како и менталното здравје на квалитетот на животот. Во контекст, на горенаведеното ќе претставиме три типа на модели на квалитет на животот



Табела 3 Taillefer, 2003

Тип на модел	Опис
Концепсиски модел	Модел кој ги одредува димензиите и својствата на квалитетот на животот (помалку софистициран тип на модел)
Концепсиска рамка	Модел кој ги опишува, објаснува и ја предвидува природата на меѓуодносот на елементите или димензијата на квалитетот на животот
Теоретска рамка	Модел кој ја опфаќа структурата на елементите и нивниот однос во рамките на теоријата која ги објаснува (најсофистициран тип на модел)

Од мноштвото дефиниции кои ги среќаваме во стручната литература а се однесуваат на квалитетот на животот поврзан со здравјето издвоивме некои современи дефиниции од почетокот на 21 век, а кои се од интерес на овој труд:

- Квалитетот на животот е концепт кој ги одразува посакуваните животни услови на поединецот, поврзани со 8 главни димензии на неговиот живот: емоционалната благосостојба, меѓучовечките односи, материјалната благосостојба, личниот развој, физичката благосостојба, самоостварувањето, местото во општеството и правото (Shalock, 2000)
- Свесна когнитивна проценка на задоволство со својот живот (Rejeski i Mihalko, 2001)
- Квалитетот на животот е повеќедимензионален концепт кој вклучува физички, емоционални, ментални, бихевијорални и социјални компоненти (Janse, 2004)

### 3.3. Социјални аспекти и квалитет на живот на старите лица

Квалитетот на животот претставува општа благосостојба на индивидуата или на пошироката општествена заедница. Индикатори на квалитет на животот се разноврсни и имаат различно индивидуално значење на различни популации. Квалитетот на животот во врска со здравјето (HRQOL) се однесува на тоа како присуството на различните болести влијае на општата благосостојба на човекот. Покрај медицината, со квалитетот на животот се занимаваат и психологијата, социологијата, политичките науки и економијата. Позитивната психологија (според Мек Нулти) се базира на субјективните позитивни искуства. Овие внатрешни искуства се одредени со општа благосостојба на човекот со духовно и материјално задоволство и оптимизам, што се наоѓа во коренот на

концептот за квалитет на живот. Големо е значењето на проучувањето на квалитетот на животот на старата популација. Особено ако се имаат во предвид демографските промени кои доведуваат до стареење на популација, се подолгиот животен век, новите мерки на социјалната и здравствената политика кон старите лица кои се усмерени на подигање на квалитетот на живот, научните истражувања се повеќе се усмеруваат кон откривањето на факторите кои влијаат на квалитетот на животот на старите лица.

### 3.4 Мерење на квалитетот на живот кај старите лица

Ако бруто домашниот производ се мери по глава на жител или животниот стандард, кој се мери исклучиво преку финансиските показатели, мерењето на квалитетот на живот неопходно е користење на разновидни и субјективни показатели, па со самото тоа истражувањата на квалитетот на животот се далеку покомплексни и бараат поголем опсег на чинители за одредување на истиот. Интересен и исклучително полезен во контекст на мерењето на квалитетот на животот е плуралистичкиот став на (Schalock, 2004).

Табела 4 Методолошки плурализам применет при мерење на квалитет на животот

Системско ниво	Мерен фокус	Мерни стратегии
Микросистем	Субјективна природа на квалитетот на животот („лични проценки“)	Мерење на задоволството мерење на среќата
Мезосистем	Објективна природа на квалитетот на животот ("функционална проценка")	Скали за оценување (ниво на функционирање), набљудување на учесниците прашалници (екстерни случувања, екстерни настани и околности) ангажирање во секојдневните активности самоопределување и самоконтрола статусна улога (образование и вработување)
Макросистем	Надворешни услови („општествени показатели“)	Животен стандард Стапка на вработеност Стапка на писменост Стапка на смртност животен век

Во последно време истражувачите почнуваат да прават јасна дистинкција на два аспекти на благосостојбата и тоа емоционалната благосостојба - каде што испитаниците даваат одговори за секојдневните емоционални искуства и евалуација на својот живот- каде што испитаниците треба да ја изберат вредноста на скалата и да го оценат сопствениот живот во целост. Најчесто користени мерки за квалитет на животот се

Индексот на субјективно проценетата благосостојба (Subjective Well Being, Happy Planet Index), како и Индекс на задоволство од животот (Life Satisfaction Index). Поголемиот број на мерки се базира на Ликертовата скала, каде што квалитетот на животот се смета како скор од вредности.

### **3.5 Фактори кои влијаат на квалитетот на животот кај старите лица**

Голем број на научни студии во светот своето внимание го посветуваат на демографските фактори. Едно такво истражување е спроведено во 2014 во Кина каде што жените без земја од урбаните села имаат помал квалитет на живот во однос на мажите од иста категорија. Резултатите покажале дека постојат значителни разлики во влианието на полот на четири различни скали на квалитетот на животот (физичко здравје, психолошко здравје, социјалните врски и опкружувањето) при што жените имаат значително пониски вредности на овие скали, што го потврдува понискиот квалитет на живот. Покрај горенаведените проучувања и детерминираноста на квалитетот на животот и полот често се истражувани и разликите на квалитетот на животот околу урбаната и руралната популација.

Соренсен и соработниците ги истражуваат разликите во задоволството во животот помеѓу овие две групи. Оваа студија се темели на резултатите од европските студии за вредности од 2008 година. Утврдено е дека луѓето на село имаат повисок степен на задоволство на животот, во однос на луѓето во градовите, тогаш кога социо-економските фактори се стабилни.

Оттука можеме да заклучиме дека животото во градот е постресен и подинамичен, но од друга страна здравствените служби се достапни а општествените средина поразновидни. Живото во селските средини е често помирен и поздрав, а проблемите се јавуваат доколку постои недостапност на неопходните ресурси.

### **3.6 Социо-економски фактори**

Влијанието на социо-економските фактори секако има големо значење во општата благосостојба на старата популација (среќата и задоволството од животот), и материјалниот квалитет на животот (задоволство од животниот стандарт, достапност на стоките и услугите, субјективната сиромаштија). Можеме да констатираме дека квалитетот на животот во побогатите земји не мора безсловно да биде повисок во однос

на посиромашните земји. Со анализа на временските серии се покажува дека образованието, економската и социјалната стабилност го зголемуваат квалитетот на животот. Субјективното задоволство (среќата), е во тесно корелација со вкупните приходи на домаќинствата. Богатството и класните разлики. Економскиот стрес негативно влијае на индикаторите на квалитетот на животот, како што се медицинската нега и менталното здравје, а исто така се зголемува и морталитетот за 42% кај старите лица кој живеат во рурални средини.

Економските фактори имаат влијание врз квалитетот на животот, но квалитетот на животот не зависи само од економските фактори. Не треба да се занемари ниту улогата на социјалната поддршка ниту нејзиното протективно влијание.

### **3.7 Стил на животот кај старите лица**

Еден од факторите и детерминантите за квалитетот на животот кај старите лица се и начините на животот кој имаат директно влијание на здравствената состојба што е потврдено и од бројните истражувања, низ голем број на научни студии. Прехрамбените навики, можат да бидат причинител за многу болести и општо лоша здравствена состојба. Сите резултати добиени од истражувањата низ земјите на европскиот континент покажуваат помало задоволство од животот кај дебелиите и оние со прекумерна тежина во однос на оние што се со нормална телесна тежина. Еден од факторите поврзан за здравите животни навики, физичката активност покажала позитивно влијание на подобриот квалитет на животот. Оваа констатација е утврдена од една француска студија објавена во 2013.

### **3.8 Стрес и кризи како фактор за квалитет на животот**

Феноменот на криза и нивната проблематика се интердисциплинарно поле за кое постојат уразлични ставови и на кое се пристапува во зависност од стојалиштето на науката која ги разгледува. Според Бергер кризата претставува привремено влошување на функционирањето на личноста. Неадекватната реакција на стресот може да го загрози менталното здравје на поединецот и на тој начин ќе се влијае на намалените чувство на здовоство од животот, што резултира со пониска оценка за квалитетот на животот. Старите лица кој имале повисок број на стресови и биле изложени на поголем број стресни настани, квалитетот на животот го оценуваат со помали оценки.

### **3.9 Влијанието на хронично прогресивните и малигните заболувања врз квалитетот на животот кај старите лица**

Основниот фокус на овој труд се базира на старите лица со објективно нарушен квалитет на живот како последица хронично прогресивните и малигните заболувања. Со оглед на фактот дека хроничните и малигните заболувања имаат хетероген клинички тек, не е тешко да се претпостави дека болеста влијае на сите аспекти на психичкото и физичкото здравје на болните (стари лица), како и на лицата од најблиското опкружување – семејството. Ако се има во предвид поголемата просечната должина на траењето на болеста, акумулирањето на клиничките пречки подразбира големи промени во квалитетот на животот кои варираат со здравствената состојба, односно со степенот на онеспособеноста. Мерењето на квалитетот на животот на болните стари лица со хронично прогресивни и малигни заболувања влијае на подобро запознавање со влијанието на болеста на секојдневниот живот на болните и изборот на вистинскиот третман кој ќе биде од взаемен интерес помеѓу пациентот и лекарот и ќе служи како инструмент за следење на напредокот на болеста, ефикасноста на терапијата или како прогностички фактор.

Имајќи ја во предвид состојбата во која се наоѓаат старите лица со хронично прогресивни и малигни заболувања круцијалната цел при институционалниот третман во Специјализираната Установа е одржувањето или подобрувањето на преостанатиот квалитет на живот преку превенција на физичката, психичката и социјалната декомпензација на овие лица за максимално одржување на функционалните способности се до достоинствениот крај на секое болно старо лице.

### **3.10 Влијанието на социјалната поддршка и социјалните мрежи на квалитетот на животот**

Сите истражувања од областа на јавното здравје но и од другите научни полиња ја утврдуваат врската помеѓу социјалната поддршка и оценките за квалитет на животот на испитаникот. Предизвиците на модерното време и покрај постојаните стресови и несигурниот живот секако влијаат на квалитетот на семејниот живот. Но и покрај тоа семејството како општествена институција и структура и ма претрпено бројни промени се со цел да се прилагоди на историските трансформации и особености на новото време. Често се зборува дека семејството е структура која влијае на човечкиот личен развој,

која ги обликува луѓето како општествени битија и кое нуди поддршка на поединците, тогаш кога тоа е неопходно. Семејството нуди можност за човеков, физички, когнитивен, емоционален, психички и емоционален развој.

Современото семејство (според Парсонс) претставува функционално редуцирано и социјално изолирано, а функциите на семејството може да се поделат на функции на заштита и функција за социјализација. Оваа друга функција посебно е значајна особено поради фактот што семејството и поединецот се наоѓаат во интеракција со своето опкружување, односно со она што често се нарекува „социјална мрежа“. Доколку оваа поддршка е адекватна и доколку истата може соодветно да одговори на предизвиците да ја пружи неопходната заштита на поединецот (старото лице) кога тоа е неопходно, тогаш можеме да зборуваме за семејна поддршка која обезбедува подобар квалитет и задоволство од животот. Старите лица кои живеат во урбана средина имаат повисоко ниво на социјална поддршка, што последично води кон подобар квалитет на живот.

## ГЛАВА 2

### 4. Методологија и истражувачки дел

#### 4.1. Методи и истражувачки техники

При изработката на овој труд ја користевме следнава методологија и техники на истражување:

1. Објективна анализа на податоци :
  - Биографски податоци
  - Функционални способности
  - Социо-економски статус
  - Семејни релации
  - Образование
  - Пол
  - Брачен статус
2. Субјективна анализа на податоци: Структурирано Интервју, базирано на субјективните ставови на испитаниците ,кое претставува и мини Тест за квалитетот и задоволство од животот, во недостаток на златни стандарди за мерење, кое се темели на најчесто користените мерки за квалитет на животот – Индекс на субјективно проценета благосостојба(Subjective Well Being, Happy Planet Index), како и Индекс на задоволството од животот (Life Satisfaction Index).

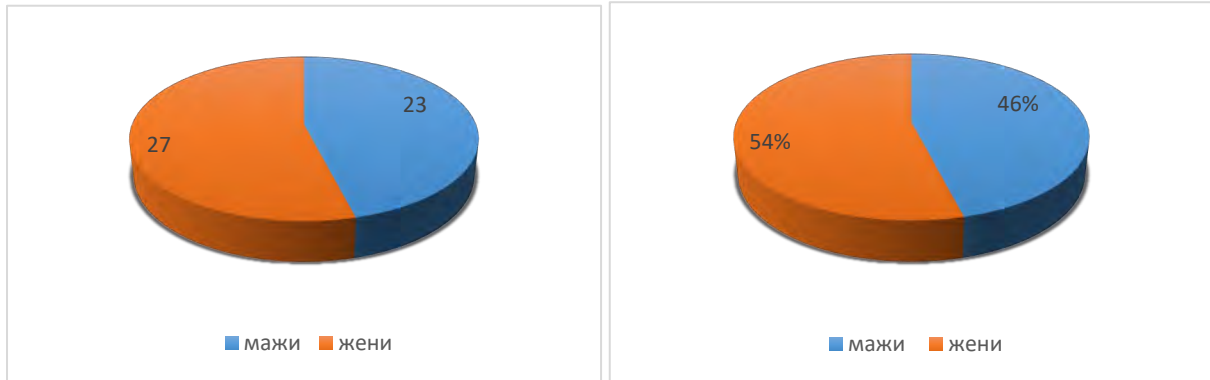
#### 4.2 Анализа на резултатите од истражувањето

Круцијален дел на овој специјалистички труд е истражувањето спроведено на 50 испитаници(пациенти), при ЈЗУ,, Специјализирана болница за геријатриска и палијативна медицина,, 13 Ноември"- Скопје, со хронично прогресивни заболувања подложни на палијативен третман и грижа при што одредница ни беа хоспитализирани пациенти во временски период од 1-6 месеци, водејќи се од претходни утврдените хипотези на трудот.

Првично, Ви го претставуваме (подолу на слики и табели) приказот на половата и возрастната структура на испитаници, како и биографските податоци, поткрепени со миграционите процеси низ животниот век на испитаниците (пациентите).

- Полова структура на испитаници (пациенти)

Слика 1



Од вкупниот број на испитаници, пациенти со хронично прогресивни заболувања, видлив е поголемиот процент на хоспитализирани пациенти од женската популација, но сепак не станува збор за голема разлика во однос на мажите. Во севкупниот број на хоспитализираните пациенти во нашата Установа сепак е по доминантно присуството на женската популација.

- Возрасна структура на испитаниците – стари лица со хронично прогресивни и малигни заболувања

Водејќи се од прагматичната класификација на старосните групи, а фокусирајќи се на нашиот примерок од истражувањето ја претставувам сликата подолу:

Слика 2





Од презентираното (на сл2) може да се забележи дека старите лица опфатени во нашето истражување, а кои припаѓаат на раната старост се лица од 65-74 години учествуваат со вкупно 40% или 20 лица, во средна старост од 75-84 години со вкупно 42% или 21 старо лице, а пак во третата старосна група или во добата на длабока старост над 85 години, 9 пациенти (стари лица) или 18% од нашиот примерок.

### Полови разлики во однос на старосните групи

Табела 5

стаосни групи	жени	мажи
рана старост	11	9
средна старост	11	10
длабока старост	5	4

Од вкупниот број на испитаници постои разлика парцијално прикажана низ апсолутни броеви, каде исто е видлива поголема застапеност на женската популација во однос на мажите, по старосни групи.

### Биографски податоци и миграциони процеси на испитаниците

Врз основа на објективната анализа на податоците (Социјални досиеа на пациентите, во табела 6) ги презентираме биографските податоци на пациентите, како и интересен приказ на миграционите процеси, со тенденција на промената на животната средина од рурална во урбана општествена средина.

таб.6 Биографски податоци и миграциони процеси на испитаниците

пациенти	место на раѓање село	место на раѓање град	место на живеење (село)	место на живеење (град)	миграција село-град	миграција од друга држава
жени	15	12	2	25	13	
мажи	14	9	5	18	9	2

Од наведената табела 6., се забележува дека 22 пациенти или 44% мигрирале од село во град, низ животниот век пред хоспитализацијата веројатно како причина за подобар и поквалитетен живот.

- 7 пациенти или 14% не ја променила својата примарна рурална средина(село);
- 19 пациенти или 38% не ја менувале примарната урбана животна средина(град) пред хоспитализација во нашата Установа;
- 2 пациенти или 4% ја промениле својата матична држава како резултат на различни животни околности

### 4.3 Општа хипотеза

#### 4.3.1 Квалитетот на животот кај старите лица во палијативен третман на болеста е на повисоко ниво доколку постојат кохезивни семејни односи

Основата на овој труд се базира на квалитетот на животот кај старите лица, пациенти со хронично прогресивни и малигни заболувања од нашиот примерок и низ поставените хипотези кои се надоврзуваат една со друга, го поставуваат семејството како столб на квалитетот на живеењето ,гледано низ морално-вредносната перспектива, а потврдено во нашето истражување.

Животот на секој човек има различни етапи, исполнет со успеси, напредок, формирање на семејни јадра, прогрес во професионалната кариера, стекнување со материјални добра, но и неуспеси, неостварени цели, сиромаштија, загуби на брачниот партнер, немање примарно, загубено секундарно семејство, општествен статус и слично . Животот носи и непредвидливи настани ,кои се и претставуваат ограничувачки фактори во одржувањето на квалитетот на животот. Повредите, болестите, загубите на функционалните способности се можни, но и непредвидливи во текот на животот. Сето тоа е олицетворение на животот. Сепак, квалитетот на животот особено на една од најранливите категории на лица, стари лица со хронично прогресивни и малигни заболувања и завршен куративен третман на постоечките заболувања ,особено од емотивен и духовен аспект е важно постоењето на кохезивни семејни односи ,кои влијаат на понатамошната амортизација и одржување на преостанатиот квалитет на живот во еден од последните животни циклуси на еден човек

Во потврда на горенаведеното ќе се навратиме повторно на половата структура на испитаниците од слика 1 на овој труд каде е презентираан бројот на жени и мажи кои се дел од нашето истражување (види слика 1, на стр. ) . При потврда на општата хипотеза во предвид ги земаме податоците добиени од објективната и субјективната анализа на податоци, по пат на Интервју со испитаниците и парцијално Ви ги презентираме :

## Брачен статус на испитаници

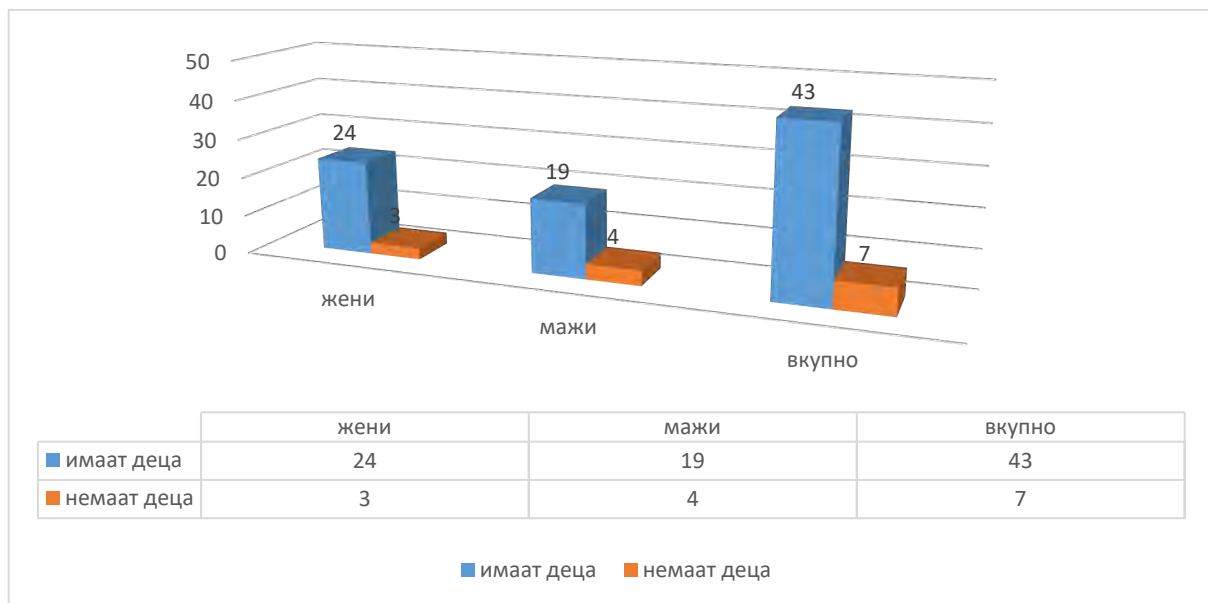
Во табела 7 е прикажан брачниот статус на пациентите, старите лица од нашиот примерок

Табела 7. брачниот статус на пациентите, старите лица од нашиот примерок

пациенти	мажена/женет	немажена/неженет	вдовица/вдовец	разведена/разведен	партерство
жени	5	4	15	3	/
мажи	8	3	8	4	/
<b>вкупно</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>/</b>

Од гореприкажаното од хоспитализираните пациенти ќе се фокусираме на еден детаљ а тоа е отсуството на брачниот партнер. Вкупно 23 пациенти(стари лица) при хоспитализацијата се без брачен партнер, 15 жени и 8 мажи.

## Присуство / отсуство на нуклеарно семејство(деца)



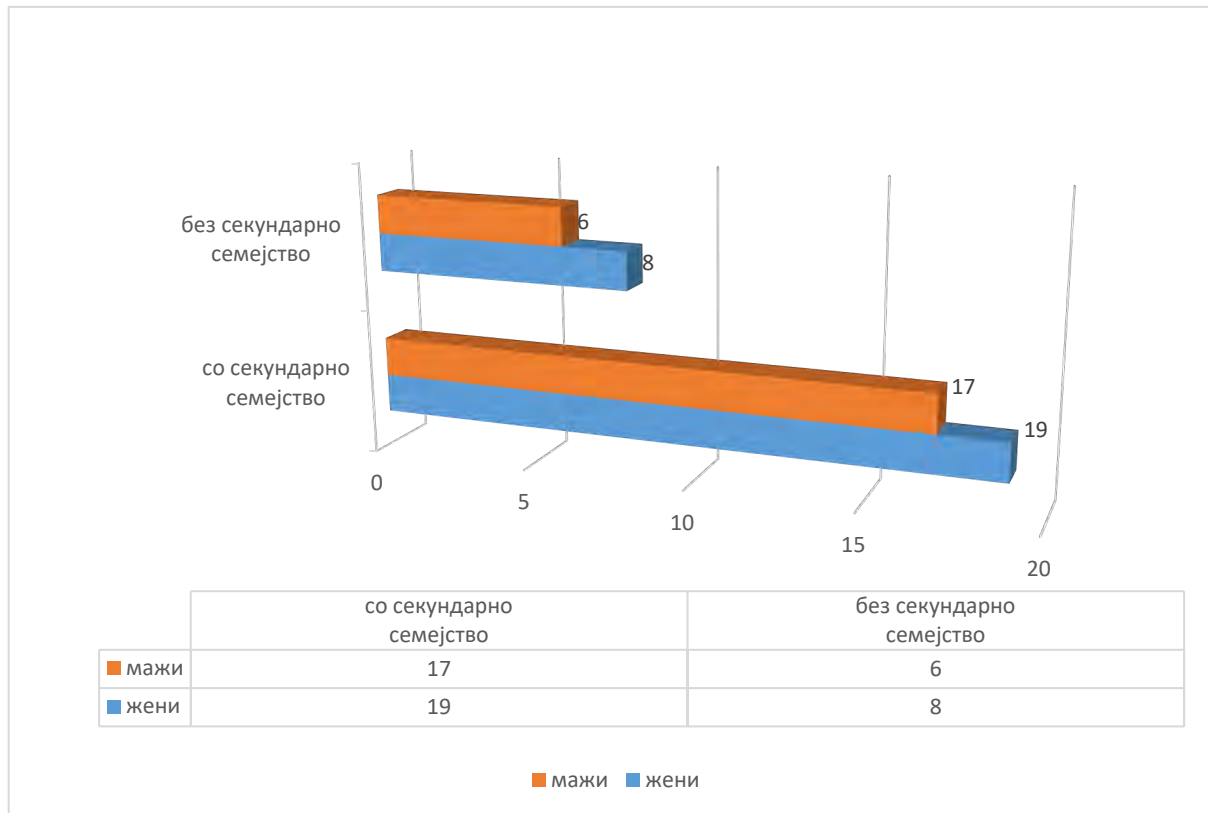
Слика 3 Присуство / отсуство на нуклеарно семејство

При хоспитализацијата на старите лица во нашата Установа, од објективната анализа на податоци( добиена при приемот и од официјалните податоци од Социјалните досиеа) 43 стари лица припаѓаат на нуклеарни семејства со свои деца, а само 7 се без истите, како последица на различни животни околности.

Интересно е да се забележи и присуството на подалечни роднини или секундарно семејство (браќа, сестри, внуци и други) пред приемот и за време на хоспиталниот период на хронично болните стари лица.

### Присуство/отсуство на секундарно семејство (браќа, сестри, внуци)

Слика 4

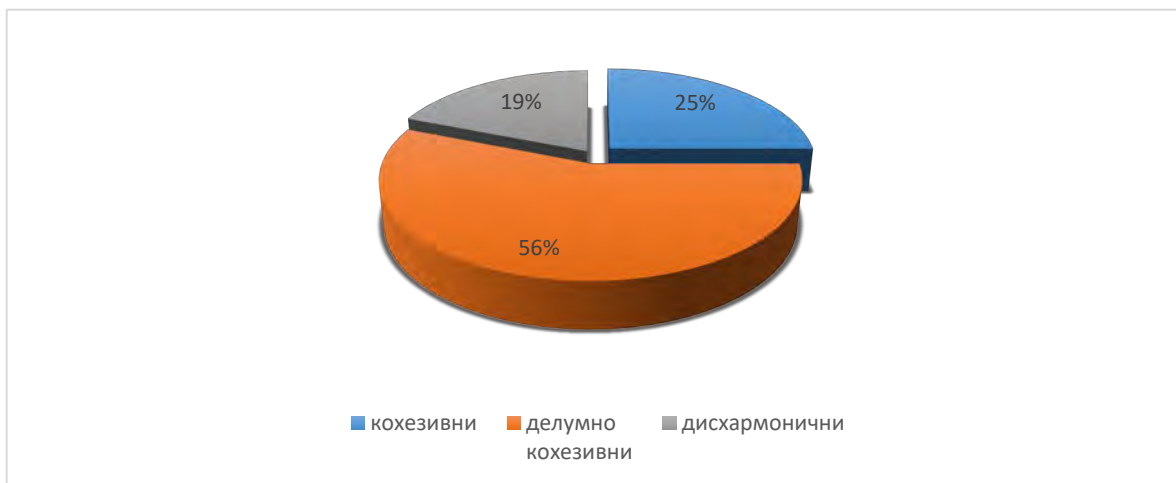


Од истакнатото на слика 4, 19 жени имаат свое секундарно семејство, 17 мажи исто така имаат членови на поширокото семејство, кое е инволвирано на директен или индиректен начин по хоспитализацијата на пациентите. Од вкупниот примерок на истражувањето 14 пациенти (8 жени и 6 мажи) се без секундарно семејство.

Имајќи ги во предвид сл.3 и сл.4, а базирајќи се на субјективната анализа, по пат на Интервју направено со самите пациенти, хронично болни стари лица добиен е графички приказ на семејната поддршка за време на периодот на хоспитализација

**Степен на семејна поддршка од нуклеарното семејство**

Слика 5

**Степен на семејна поддршка од секундарно семејство (браќа, сестри, внуци)**

Слика 6

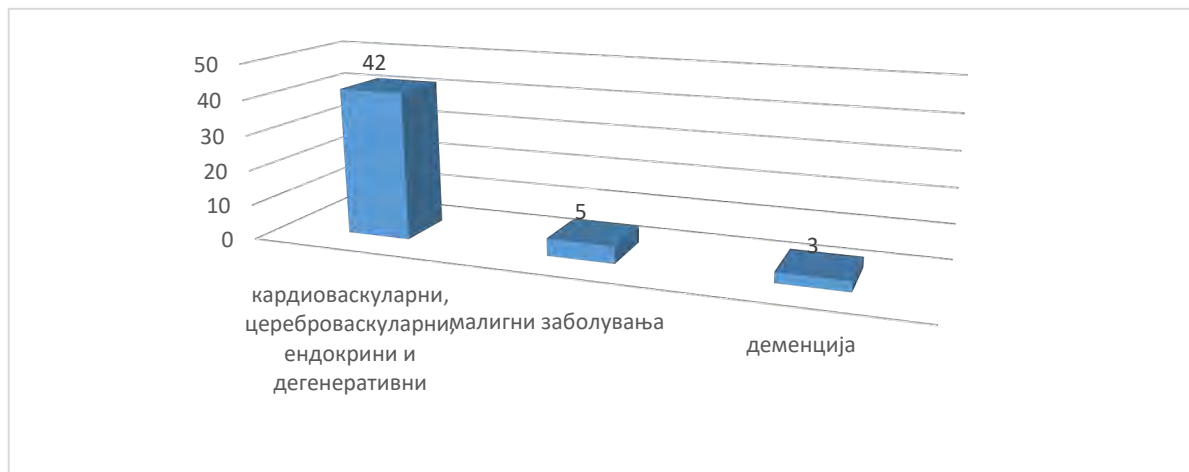
Посочените слики 5 и 6 ни ја потврдуваат семејната поддршка, каде очигледна, од призма на хронично болните стари лица, по сместувањето и во периодот на хоспитализација е конекцијата и кохезивноста на семејните односи со членовите на најтесното семејство (нуклеарно семејство), за разлика од таа со секундарното семејство. Задоволството од семејната поддршка на пациентите, старите лица е резултат кој претставува збир на односите пред и за време на хоспитализацијата, детерминиран и од функционалните способности, социо-економскиот статус и услови и половите разлики помеѓу пациентите.

## 4.4 Хипотеза 1

### 4.4.1 Функционалните способности на стари лица-пациенти со хронично прогресивни и малигни заболувања

**Болестите – основна причина за прием и хоспитализација на хронично болните стари лица**

Истражувачкиот примерок на пациенти-стари лица со хронично прогресивни и малигни заболувања подложни на палијативен третман е претставен подолу на графикон и притоа направена е дистинкција на 3 групи на болести. **Во првата група**, припаѓаат најголемиот број на испитаници со наведените заболувања - кардиоваскуларни, цереброваскуларни, ендокрини и дегенеративни. **Во втората група**, се малигните заболувања, а **во третата група** се пациентите со деменција.

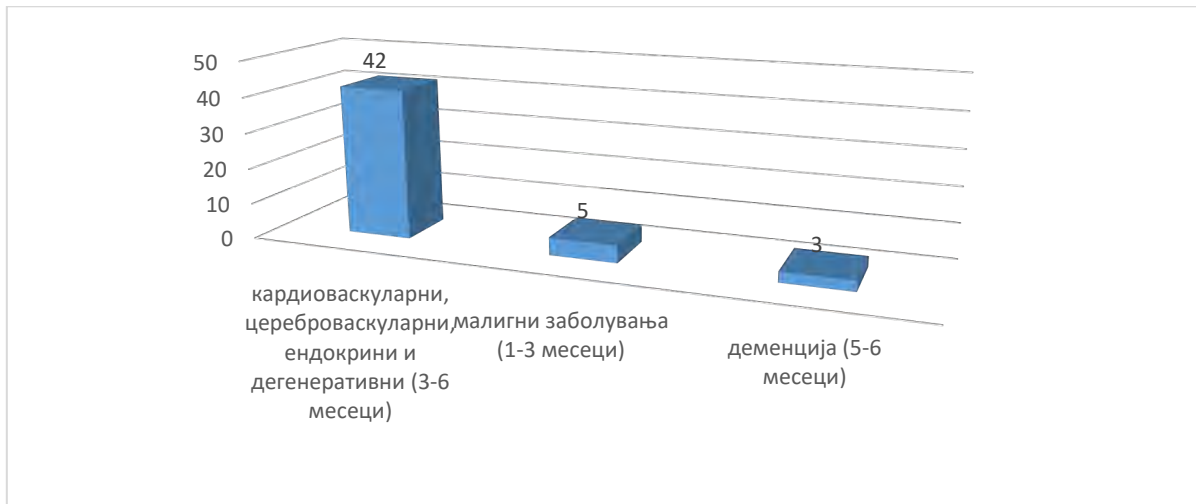


Слика 7

Од наведеното е видно е највисокиот процент (84% или 42 пациенти) припаѓа на првата група на заболувања, потоа следуваат малигните заболувања (10% или 5 пациенти) и пациентите со деменција (6% или 3 пациенти). Заедничко за сите нив е тоа што по завршување на куративното лекување, имајќи ги во предвид нивните заболувања, со хоспитализацијата во нашата Специјализирана Установа започнува палијативниот третман и грижа.

#### 4.4.2 Времетраење на престојот на хронично болните стари лица детерминирани од заболувањата

Сите испитаници гравитирале кон терминална фаза на болеста. Престојот во Установата варираше од 1-6 месеци, па така може низ следната слика 8. да ја претставиме оваа временска рамка согласно заболувањата на старите лица.



Слика 8

Од наведеното на слика 8 ќе забележиме дека групата на хронично прогресивните заболувања (кардиоваскуларни, цереброваскуларни, ендокрини и дегенеративни) е најдоминантна во нашиот примерок на истражување и на нив отпаѓаат 84%, 42 пациенти или 23 жени и 19 мажи, со времетраење на престојот од 3-6 месеци, на малигните болести кај старите лица претставени се 10% или 5 лица, од кои 3 жени и 2 мажи, со времетраење на престојот и хоспитализација од 1-3 месеци и 6% и 3 стари лица во терминална фаза на деменцијата (2 мажи и 1 жена) и со време траење на престојот од 5-6 месеци.

Временскиот интервал претставен во оваа поделба претставува хипотетска рамка во која се интервенира од страна на професионалниот интердисциплинарен и мултипрофесионален тим при Специјализираната Установа, ЈЗУ Специјализирана болница за геријатриска и палијативна медицина 13 Ноември Скопје, составен од лекари интернисти, невролози, психијатри, физијатри, психолози, социјални работници, медицински сестри, негуватели и останатите чинители, да се влијае на функционалните способности, да се задржи или подобри преостанатиот квалитет на животот на старите лица со хронично прогресивни и малигни заболувања, а неминовниот крај на животот да биде што подоинствен, каков што доликува за секој човек.

Согласно разработен индивидуален план се прави и индивидуална проценка(што претставува врвна одговорност на интердисциплинарниот тим) и тоа претставува почетна точка на мерките во врска со третманот на хронично болното старо лице.

Идентификацијата на главните симптоми, состојбата внимателно се следи, а аналогно на тоа се следи и ефикасноста од терапијата и контрола на симптомите. На тој начин се проценува ефектот од третманот врз квалитетот на животот и функционалната способност.

Сите опции во врска со третманот се објаснуваат на болното старо лице (доколку не постојат ограничувачки фактори) и се дискутираат со неговото семејство. Желбите максимално се почитуваат.

Одржување на квалитет на животот е врвен приоритет. Основната грижа на тимот е да го поддржи идентитетот на болниот ,како уникатно човечко суштество и да ја охрабри постојаната врска со семејството и персоналот.

Значајна е помошта на болниот во надминување на неговите лични потреби, се поддржува неговата независност и достоинство, се обезбедува поддршка на семејството.

При приемот е запазена ориентација во време и простор кај 38 испитаници од вкупниот број (50). Со 12 испитаници не е можна комуникација, при што податоците се земени од страна на семејството. 3 испитаници во дементна состојба, 9 поради влошена здравствена состојба и попреченост не биле во состојба да комуницираат.



Слика 9 Ориентација во време и простор на испитаниците



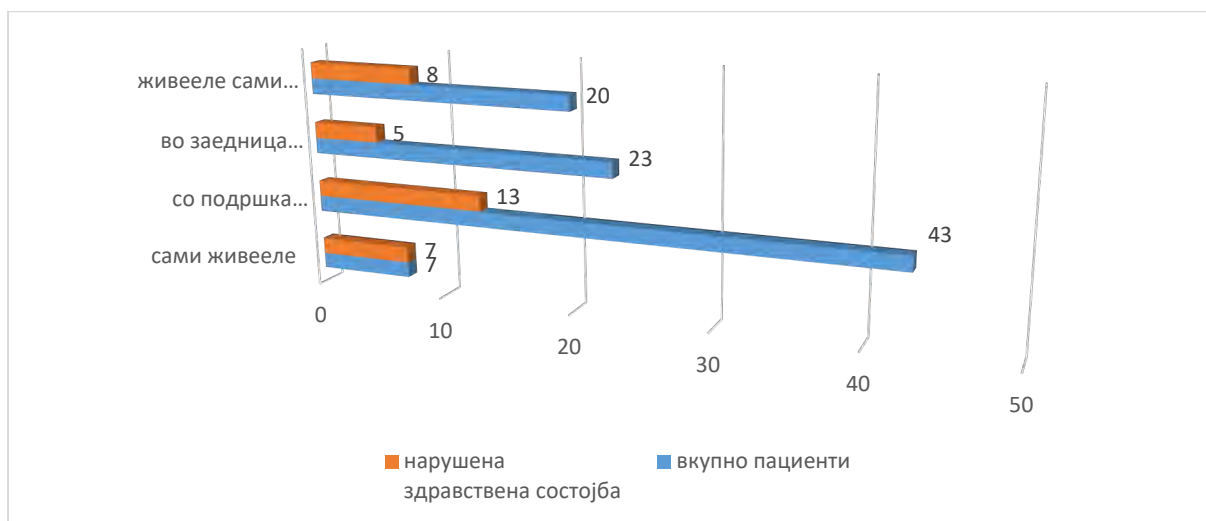
Во текот на хоспитализацијата состојбата е значително подобрена во однос на комуникацијата со 9 те испитаници во временски период од 1-3 месеци.

Табела 8 Времетраење на престој и комуникацијата кај испитаниците

Временски период од 1-3	воспоставува комуникација	не се воспоставува комуникација
жени	5	1
мажи	4	2

#### 4.4.3 Семејната поддршка пред хоспитализацијата и нејзиното влијание на здравствената состојба

При приемот од податоците добиени по пат на Интервју во однос на условите за животот добиени се следните резултати: сами живееле 7 испитаника, со поддршка на семејството 43 испитаника. Од кои со примарното семејство живееле во заедница 23, 20 живееле сами со поддршка на семејството. Кај 7 испитаника кои живееле сами констатирана е значително нарушена здравствена состојба и функционална способност.



Слика 10

#### 4.4.4 Станбено-просторни и хигиенски услови за живот на испитаниците

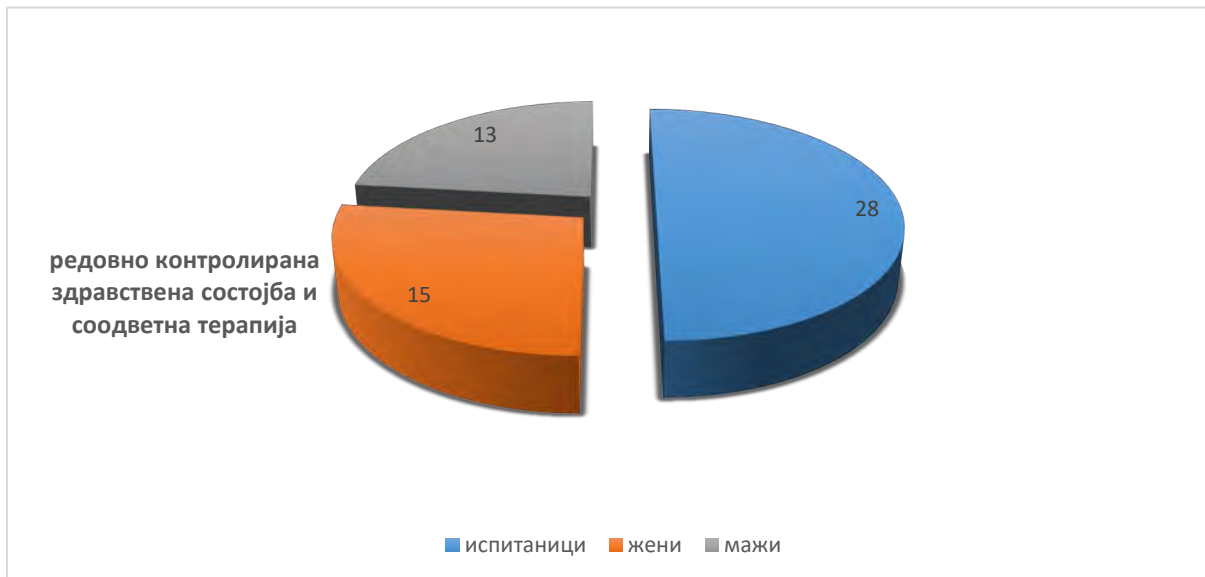
По однос на услови на живот (станбени, просторни и хигиенски) кај 32 испитаника условите за живот биле задоволителни, кај 12 делумно задоволителни и кај 6 испитаника незадоволителни.



Слика 11 Станбено-просторни и хигиенски услови за живот на испитаниците

#### 4.4.5 Здравствената состојба и надзор на испитаниците пред хоспитализацијата

Во однос на претходната здравствена состојба и здравствен надзор кај 100% од испитаниците биле присутни од 3-5 хронични заболувања, 28 испитаника редовно ја контролирале здравствената состојба и примале соодветна терапија.



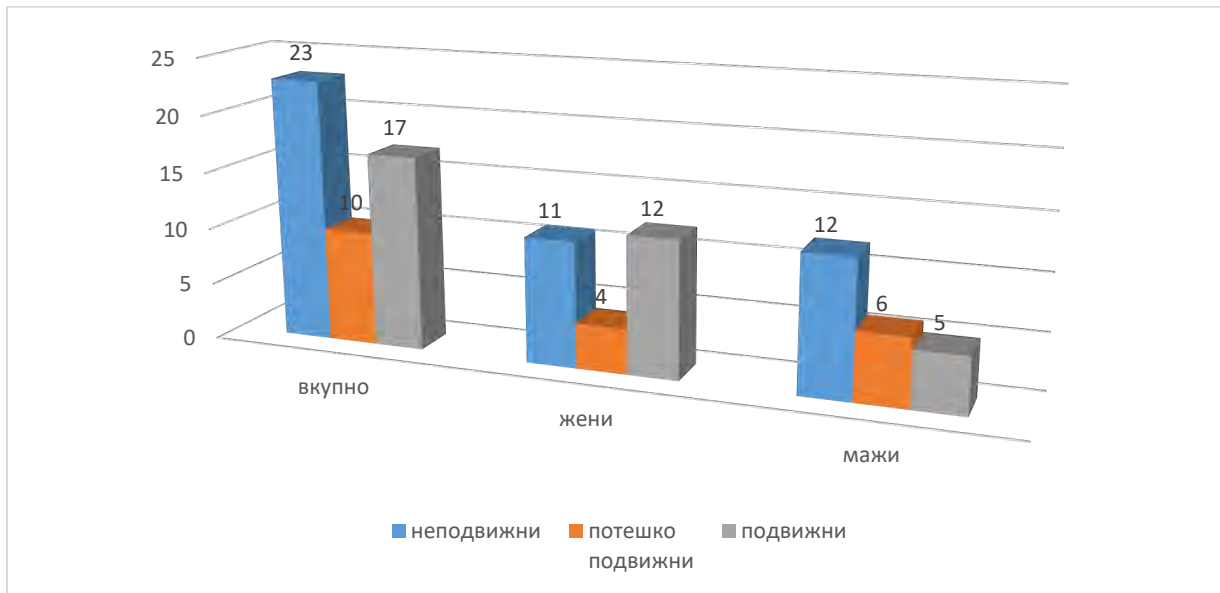
Слика 12

Кај овие пациенти забележено е значително подобрување на функционалните способности во текот на првиот месец од хоспитализацијата.

## 4.5 Ограничувачки фактори во однос на квалитетот на животот пред хоспитализацијата

### 4.5.1 Мобилноста на хронично болните стари лица

При приемот во Установата 23 корисници (процент) се неподвижни, 10 потешко подвижни, 17 подвижни.



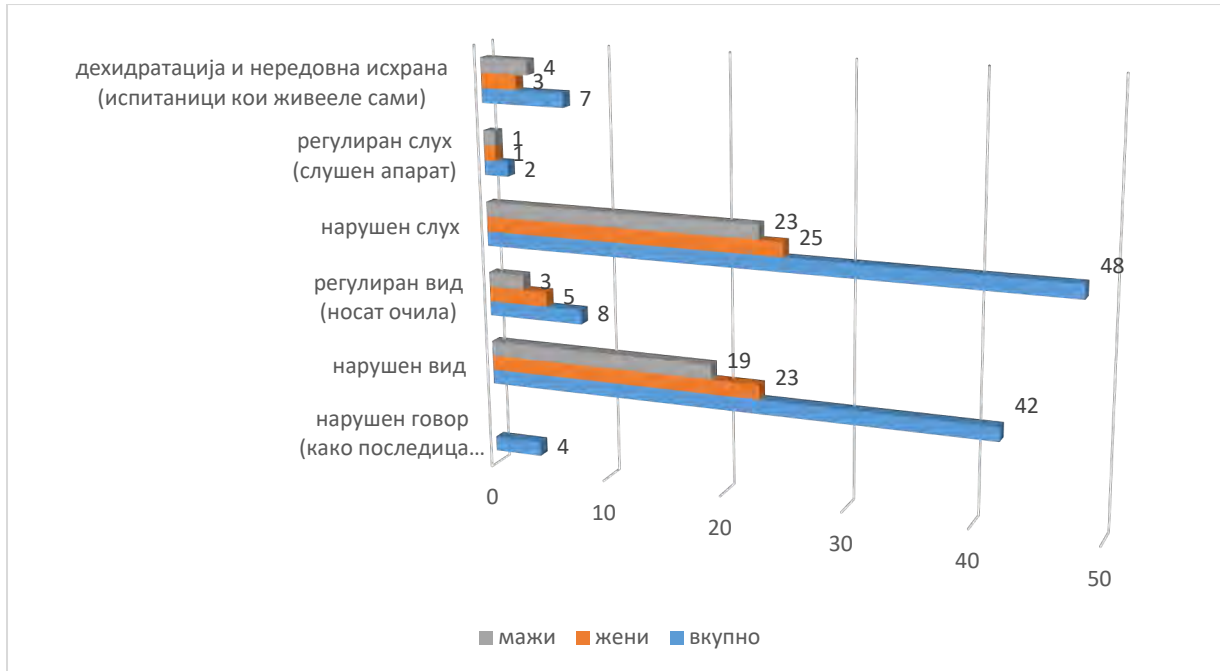
Слика 13 Мобилноста на хронично болните стари лица

### 4.5.2 Говор, вид, слух и исхрана-фактори за квалитет на живот

Кај 4 пациенти е нарушен говорот како последица од цереброваскуларното заболување.

Видот нарушен кај 42 пациенти, (23ж, 19м) 8 пациенти носат очила и имаат регулиран вид. (5ж, 3м). Слухот е нарушен кај 48 испитаника, (25ж, 23 м) 2 испитаници носат слушен апарат. (1ж, 1м).

Кај 7 пациенти се забележани знаци за дехидратација и нередовна исхрана(испитаници кои живееле сами, 4 м, 3ж).



Слика 14

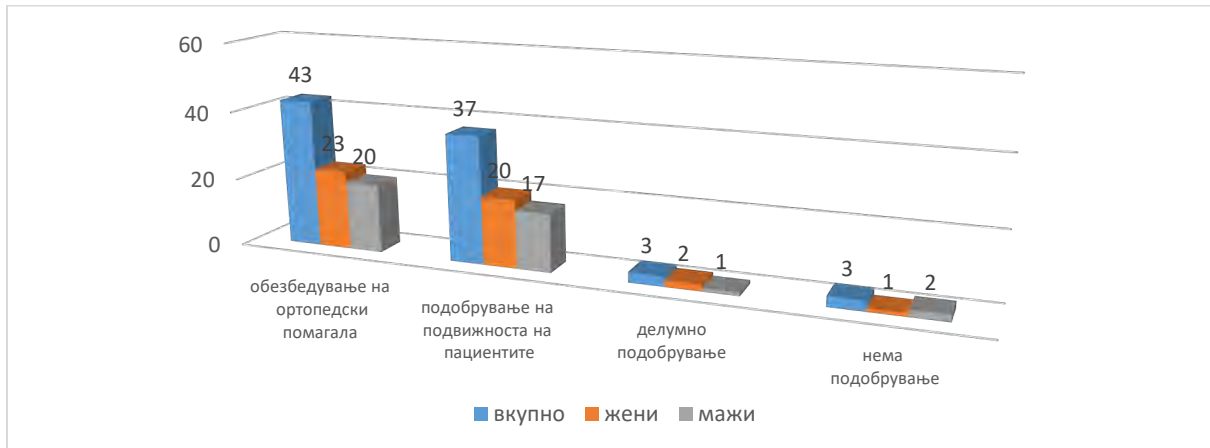
#### 4.5.3 Интервенции на интердисциплинарниот тим во правец на подобрување на квалитетот на животот

Основна цел на специјализираниот тим при Специјализираната Установа е вистинската проценка и пружањето на сите неопходни услуги, во интерес на старите лица, пациенти со хронично прогресивни и малигни заболувања за задржување или подобрување на квалитетот на животот и на неговиот залез, па затоа сеопфатно се земаат во предвид сите ризици кои влијаат на нарушувањето на функционалните способности .

#### 4.5.4 Ортопедски помагала –неопходност за подобрување на квалитетот на животот

Кога ќе се осврнеме на мобилноста на пациентите (слика 13), примарна е проценката дека е потребна итна реакција со примена на физиотерапевтски активности и третмани, како и пронаоѓање на начини за евентуално подобрување на подвижноста на старите лица за што подолг период за самопомош во правец на извршувањето на основните животни функции, како и паралелна набавка на сите видови на помагала за истата цел, со претходно внимателно направена проценка за капацитетот, индивидуално за секој пациент.

На 43 пациенти укажана е помош при обезбедување на ортопедски помагала (стап, количка, штаки, одалки).



Слика 15

По двомесечен период од обезбедувањето на помагалата подобрување на подвижноста на пациентите е подобрена кај 20 жени и 17 мажи, кај 2 жени и 1 маж има делумно подобрување, а кај 1 жена и 2 мажи нема подобрување во однос на истото.

#### 4.5.5 Проблеми со исхрана – обезбедување на забни протези

Од вкупниот број пациенти, 23 од нив имале проблем со забалото. Кај 11 жени и 12 мажи при приемот не биле во состојба да се исхрануваат, што дополнително ја влошило нивната здравствена состојба. Посредувано е со стоматолог и социјален работник во соработка со семејството.



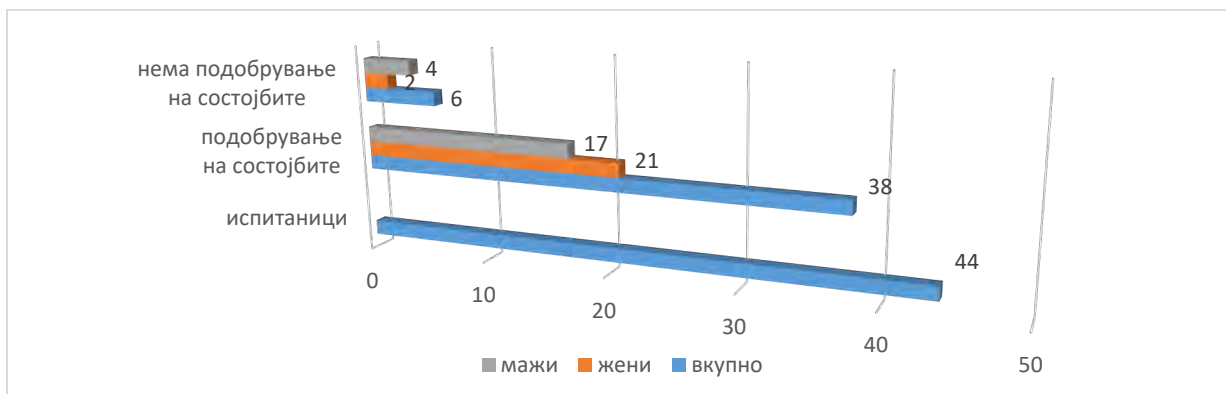
Слика 16

Ова значително придонесе во подобрување на функционалните способности, а со тоа и на квалитетот на животот. Промените настанати како резултат на мобилност (имобилност) во текот на животот од различни причини укажуваат на недоволно и несоодветно лекување во текот на истиот.

Здравствени проблеми кои произлегуваат од претходно несоодветно лекување ,покажаа дека функционалната способност кај овие испитаници исто така зависат од здравствените ризици кои произлегуваат од начинот на животот, од социо-економските услови, претходни заболувања и нивниот навремен и адекватен третман.

#### 4.5.6 Психо-социјална помош и поддршка во надминување на различни емоционални состојби

Специјалната грижа се обезбедува за олеснување на емоционалните потреси(страв, губење на самодоверба, несигурност). Тимот му помага на болниот во надминување на чувството на безнадежност и во пронаоѓање на мир и сопствен идентитет. Овие чувства и емоционални состојби се одразуваат врз речиси целиот истражувачки примерок на овој труд. Стравот ,разнишаната или загубена самодоверба, несигурноста е забележана кај 48 испитаници или 96%. За времетраењето на престојот интервенирано е кај 44 испитаници со стручна помош од страна на професионалци, како дел од тимот, лекар психијатар, невролог, психолог и социјален работник и притоа е направен значаен исчекор во подобрување на општата емоционална состојба, враќање на самодовербата, соочување со болеста, балансирање на стравот. Како резултат на крајно професионалниот и емпатичен пристап кај 38 пациенти по 2 месечен третман и престој постои подобрување на состојбите, прифаќање на средината и третманот за време на хоспитализацијата.



Слика 17 Психо-социјална помош и подобрување на општа состојба кај пациентите

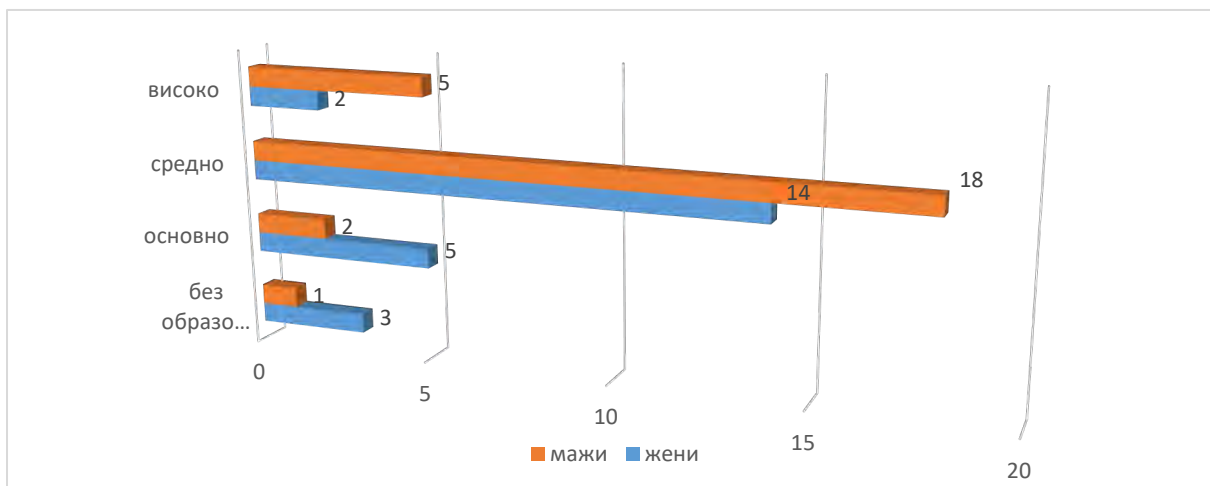
## 4.6 Хипотеза 2.

### 4.6.1 Социо-економските услови како фактор за повисок квалитет на живот на старите лица

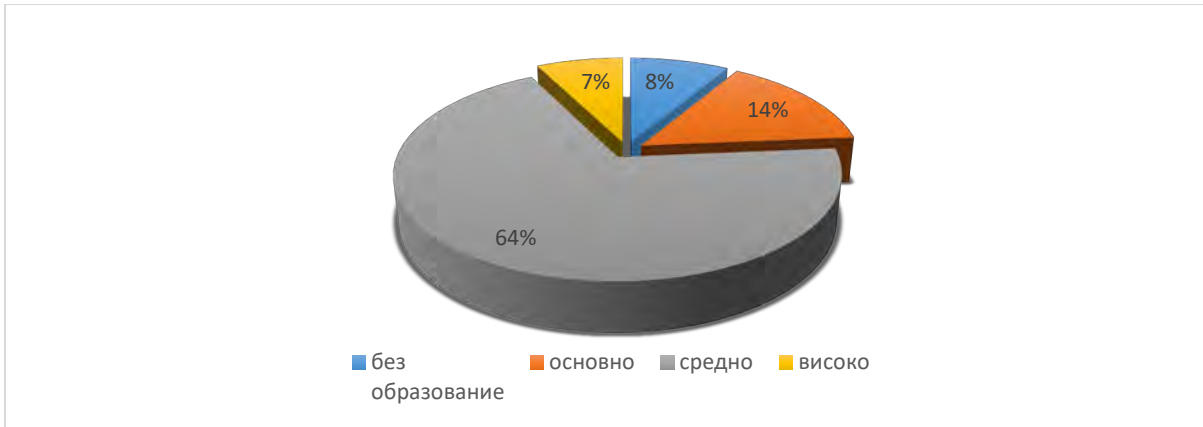
Функционалните способности на старите лица се во взаемна корелација со нивните социо-економски услови за живот, како на ниво на општествените прилики, така и во однос на нашиот истражувачки примерок и во голема мерка влијаат на квалитетот на животот, особено ако „здравствената состојба“ е нарушена, тие го отсликуваат и јасно ги детерминираат евентуалните можности за одржување или подобрување на постоечките капацитети на пациентите - стари лица во подобрувањето или одржувањето на квалитетот на живот. Освен личниот социо-економски статус во потврдата на оваа хипотеза, големо влијание имаат, статусот на семејството, имотно-правната состојба и нивните импликации, како и ресурсите кои ги нуди општеството во целина за остварување на потребите и желбите за постигнување на повисок квалитет на живот, без разлика во кој стадиум од животот се наоѓа секој човек.

### 4.6.2 Образовен статус на испитаниците

Сликата на образовниот статус на испитаниците ви ја претставуваме (на сл. 18а) е видлив и очигледен повисокиот образовен статус на машката во однос на женската популација од истражувачкиот примерок.



Слика 18а

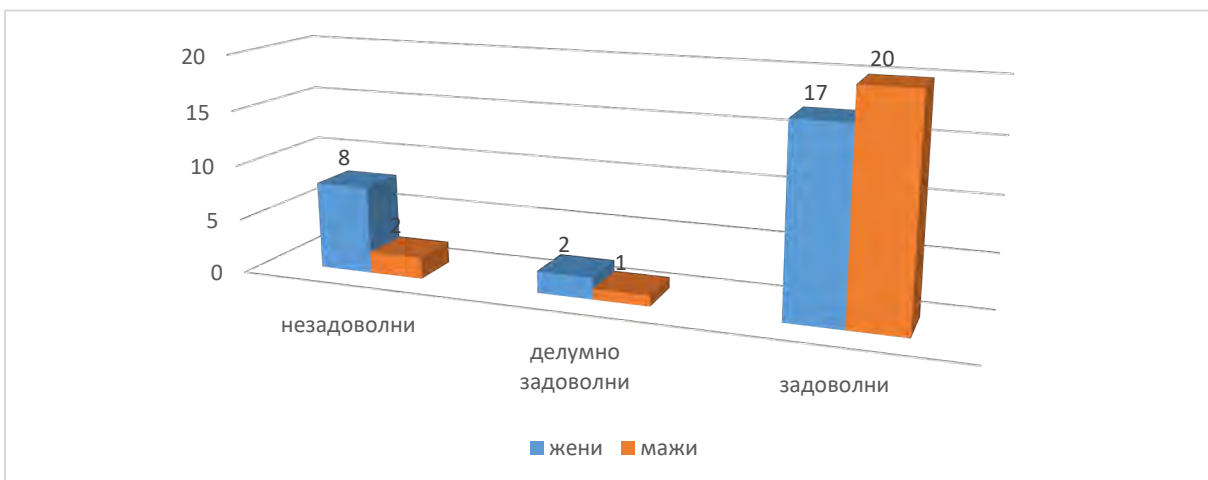


Слика 186

Причините за горе наведениот приказ според исказот на старите лица е традиционалниот и конзервативен пристап на родовата нерамноправност, која особено е истакната до средината на 20 век, каде што „мажот е главата на куќата“, па од таа гледна точка, тој треба да биде и пообразуван во однос на жената.

#### 4.6.3 Квалитет на животот детерминиран од образовниот статус на испитаниците

Паралелно со горенаведената слика бр. од образовниот статус на испитаниците во тој правец се формира и субјективното мислење во однос на квалитетот на животот на испитаниците во однос на образовниот статус. На слика бр.19 претставен е степенот на задоволство



Слика 19 Степен на задоволство од образовниот статус

каде што е евидентен повисокиот степен на задоволство на машката во однос на женската популација од нашиот примерок. Според наведеното не рамноправните можности за образование кај женската популација, влијаат на наведеното мислење, со логично



образложение дека доколку постоеле еднакви можности за рамноправен пристап до образованието и квалитетот на животот би бил на повисоко ниво.

#### 4.6.4 Работните позиции и квалитетот на животот на испитаниците

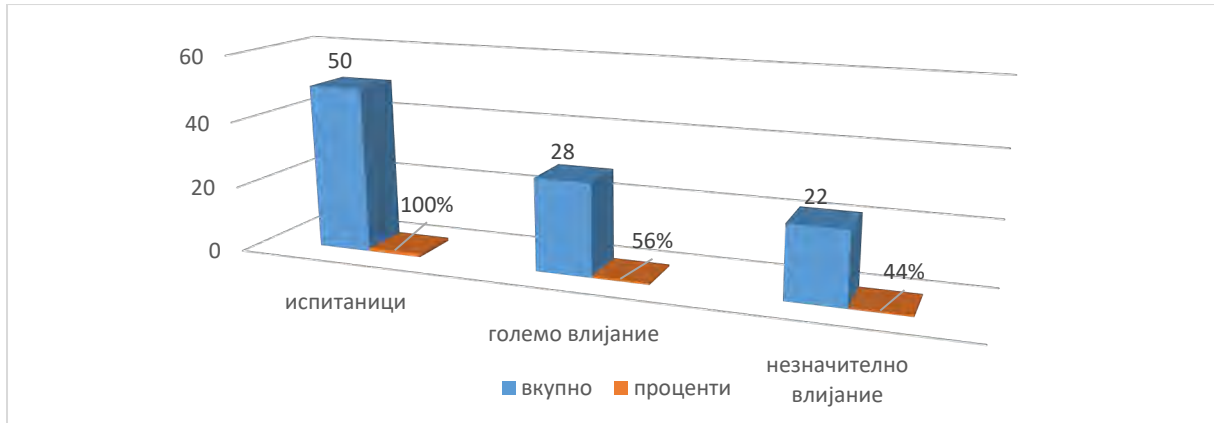
Во зависност од работните места во докажувањето на оваа хипотеза, направена е поделба и по работни позиции на пациентите, стари лица, пред хоспитализацијата во нашата Установа и за време на траењето на работниот век од објективната анализа на податоци. Оваа поделба е исклучително важна и влијателна врз квалитетот на животот, како на секој човек, така и на испитаниците од овој труд.

Табела бр. 9 Работни позиции на испитаници пред хоспитализацијата

работни позиции	службеници	работници	земјоделци	лица во социјален ризик	без работен ангажман
жени	3	16	2	1	5
мажи	4	17	1	1	/

#### 4.6.5. Влијанието на работниот ангажман врз квалитетот на животот на испитаниците

Од наведената табела можеме да ја забележиме разликата и подоминатата улога на мажите во однос на жените во работниот ангажман, хипотетички поставувајќи ја жената во улогата на домаќинка и одговорна за семејството. Од вкупниот број на испитаници 28 од нив или 56% имаат субјективен став дека врз севкупниот квалитет на животот, како и врз нарушувањето на здравствената состојба пред хоспитализацијата, за време на работниот век, работното место како и условите за работа имаат големо влијание. Во нашиот примерок најголем број на испитаници се работници, дури 66%, а од нивните индивидуални искази дојдовме до ова сознание. Најголемо влијание во негативна смисла на зборот, врз квалитетот на животот е изразена кај лицата кои се лица корисници на гарантирана минимална помош (1 маж и 1 жена) и лицата без работен ангажман (3 жени, од нашиот примерок) (пита 28 големо негативно влијание, 22 незначително влијание).



Слика 20

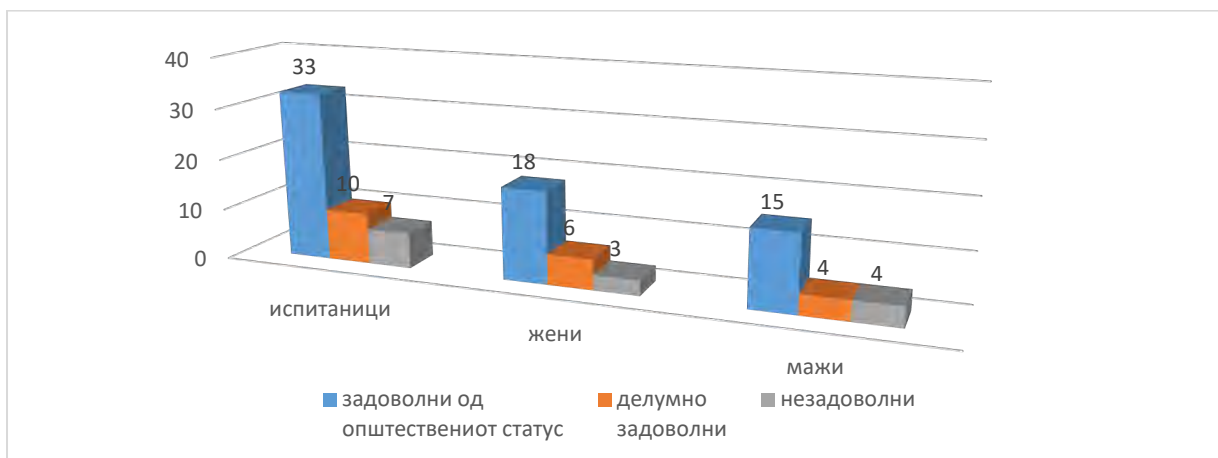
#### 4.6.6 Општествен статус на испитаниците и неговото влијание врз квалитетот на животот

Приказот на општествениот статус на испитаниците Ви го презентираме на следната табела:

Табела 10 Општествен статус на испитаници

испитаници	личен пензионер	семеен пензионер	инв. Пензионер	земјоделец	гарантирана минимална помош
жени	11	10	4	1	1
мажи	16	1	2	2	2
вкупно	27	11	6	3	3

Влијанието на општествениот статус врз квалитетот на животот имајќи ја во предвид табелата, а не занемарувајќи ги сите губитоци, неуспеси и заболувања, кои предизвикале сериозни последици во текот на животот на нашите испитаници Ви го презентираме степенот на задоволството од истиот со долунаведената слика.



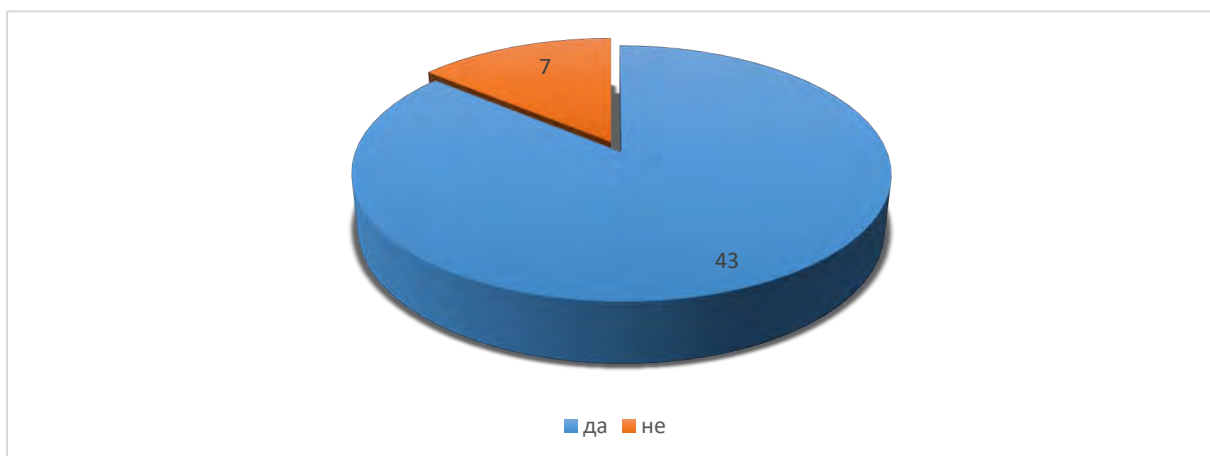
Слика 21 Степен на задоволство испитаниците од општествениот статус

Од наведената слика се илустрира ставот на испитаниците. Висок е степенот на задоволство од добиените податоци. Сопствената не реализација во текот на животот, чувствуваат оние со најниски примања и корисници на гарантирана минимална помош (лица во социјален ризик), како и корисниците на земјоделскиот додаток. Интересен за презентација и во овој случај е ставот на испитаничките. Имено, за разлика од нерамноправниот однос со образовниот статус и работните места во текот на работниот век, женската популација од нашиот примерок е позадоволна од општествениот статус и релативно остварување на потребите, желбите, формираните семејства, постигнатите цели.

#### 4.6.7 Примарна животна средина и нејзино влијание врз квалитетот на живот на испитаниците

На самиот почеток на оваа анализа во утврдувањето на биографските податоци на испитаниците и презентација на миграционите процеси (табела 6), претежно на релација село-град, од објективната анализа на податоци, дојдовме до релевантни податоци дека 22 испитаници или 44% мигрирале од рурална во урбана средина заради подобар живот, работно место и достапност до ресурсите. Од нив 13 се жени, а 9 се од машката популација на примерокот. Ако на ова се придодадат 19 пациенти кои не ја менувале урбаната животна средина, 7 пациенти останале во истата рурална средина и 2 пациенти ја смениле матичната држава како сплет на различни животни околности, се постави логично прашање:

**Дали урбаната примарна средина нуди подобар квалитет на живот?**



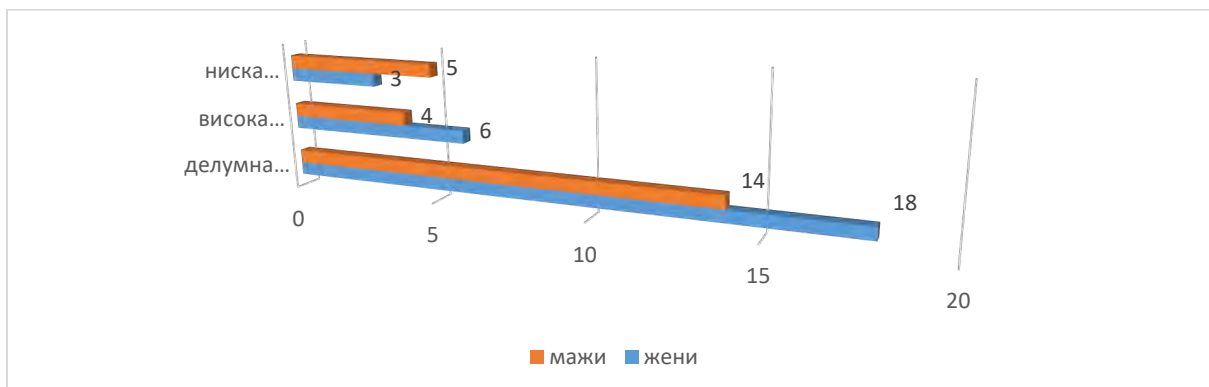
Слика 22

На ова прашање одговорот го дава слика, каде што огромното мнозинство на испитаници одговорило со „да“ 43 испитаници, дури 86%, а само 14% или 7 испитаници одговориле со „не“ ,а станува збор за лицата во ризик, ниски приходи и без работен ангажман. Како и во претходниот случај со општествениот статус и тука жените се појасни во сопствениот став во врска со ова прашање, поточно ја утврдуваат предноста на урбаната во однос на рурална животна средина и нејзиното влијание врз квалитетот на животот.

Овој податок секако е поразителен и претставува системски недостаток, дефицит на ресурси во руралната средина. Тој ја интензивира итноста и потребата за реализација на проекти и студии за подобрување на севкупните услови за живот, работни места, достапност до децентрализираните здравствени услуги, што би претставувало значителен чекор во подобрување на квалитетот на живеењето во овие средини и значително би ги намалило миграционите процеси.

#### 4.6.8 Влијанието на социо-економската положба на семејствата врз квалитетот на животот на испитаниците

Социо-економската положба на семејствата има своја реална економска и емотивно-сензитивна подлога, која е присутна кај испитаниците, од нивниот прием, за времетраењето на престојот и хоспитализацијата, па се до евентуалниот отпуст од Установата. На стравот од болеста, неизвесноста, изгубената самодоверба се додава и економската положба на семејствата, за нивната материјална положба ,можноста да ја поднесат хоспитализацијата на својот близок, од финансиски аспект. Грижата на совеста е детерминирана и од степенот на кохезивноста на односите во семејството. Но генерално, (подолу на сл.) Ви го презентираме степенот на загриженост на испитаниците.

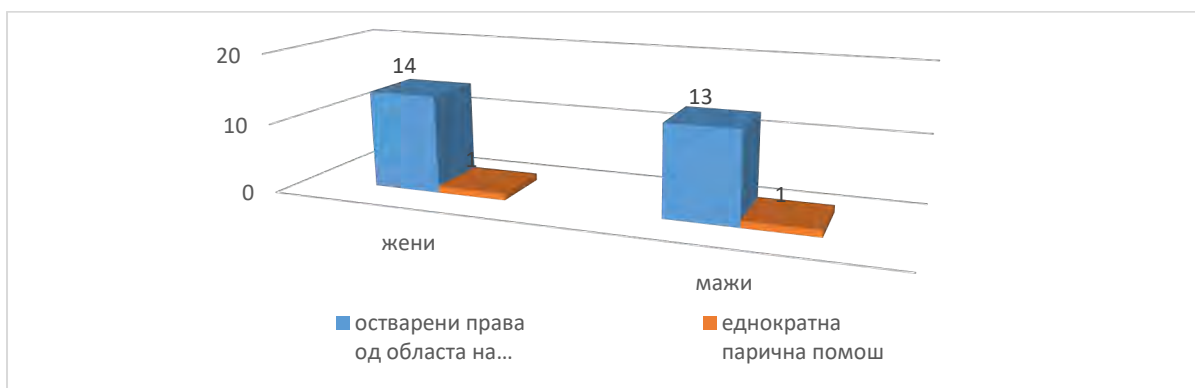


Слика 23 Степен на загриженост на испитаниците во однос на социо-економската положба на семејствата.

Од слика 23 се гледа дека постои загриженост кај испитаниците генерално, а истотака може да ги согледаме и разликите помеѓу жените и мажите, каде што жените се посензитивни, што се должи, веројатно, на поголемата кохезивност на односите со своите блиски сродници. Ниска загриженост се изразува кај испитаниците со релативно подобро ситуирани и материјално обезбедени семејства. (изразено од 8 испитаници или 16% од вкупниот примерок)

#### 4.6.9 Социјални ризици - нивна амортизација или надминување

Во контекст на претходната презентација и степенот на загриженост на испитаниците, кај старите лица, насочено на нашиот примерок на испитаници се јавуваат широк спектар на социјални ризици, меѓу нив првенствено насочувајќи се на заболувањата и прашањата од имотно-правен карактер. Заболувањето самото по себе е социјален ризик, па согласно позитивната законска легислатива (содржано во Законот за социјална заштита), остварувањето на правото за помош и нега од друго лице е остварливо, согласно дијагнозите на пациентите. Со посредство на социјалниот работник како дел од интердисциплинарниот тим во Установата и со паралелна семејна поддршка ова право е остварено кај 27 испитаници или 54%, а кај 2 лица, лица во социјален ризик (претходни корисници на гарантирана минимална помош) сместени по пат на Решение за сместување и лекување од страна на ЦСР-а е остварено правото за еднократна парична помош за задоволување на основните потреби на истите. Ова илустративно е претставено на сл. кај останатите 14 испитаници ова право е остварено пред хоспитализацијата во нашата Установа, а кај 7 испитаници и покрај понудената поддршка и совет не е остварено ова право.



Слика 24



Слика 25

#### 4.6.10 Посредување во имотно –правни спорови

Кај 7 пациенти во текот на нивниот престој и лекување во нашата Установа утврдени се конфликтни и дисхармонични семејни односи, каде што основна причина се нерешените прашања од имотно-правен карактер. Кај 3 испитаници е директно посредувано, штитејќи ги правата на пациентите, кои немаат изгубена деловна способност, врз основа на доставена документација а по барање на судските инстанци и притоа се постигнати позитивни ефекти во задоволување на овие горливи проблеми, отповикувајќи се и на Законот за права на пациентите и во стручна консултација со правната служба на Установата.

### 4.7 Хипотеза 3.

#### 4.7.1 Половата разлика во однос на квалитет на живот

Пред самиот почеток на анализирање на половата разлика во однос на квалитетот на животот, според податоците од „Eurostat“ пред неполна 1 година, за очекуваниот животен век во земјите од Европската Унија. Имено, според овој извор, просечниот животен век е 80,9 години или 83,5 години за жените и 78,3 години за мажите. Оттука, се забележува дека просечно жените во земјите од ЕУ, живеат 5 години подолго во однос на мажите, според наведеното истражување . Според истото истражување на податоците, најголема разлика во должината на животниот век помеѓу жените и мажите(во корист на женската популација), има во Летонија 9,9 години, во Литванија 9,8 години. Најмала разлика има во Шведска (3,3 години) и Холандија (3,2 години). Во Република Северна Македонија според ова истражување женската популација има просечно подолг животен век во однос на мажите за 3,8 години.

Во анализата на резултатите на истражувањето на овој труд во сите претходно изнесени хипотези, при презентација на резултатите направена е дистинкција на сите податоци по полова структура, па оттука, во оваа хипотеза ќе ги резимираме истите

- Незначителен, но сепак поголем број на хоспитализирани пациенти припаѓаат на женската популација во однос на мажите;
- Согласно, старосните групи жените се подоминантни и повозрасни во однос на мажите во овој истражувачки примерок
- Биографските податоци и миграционите процеси ни укажуваат на фактот за менување на руралната за урбана средина каде што особено доминира женската популација во однос на мажите;
- Отсуството на брачниот партнер, исто така е утврдено при ова истражување кај хоспитализираните пациенти и притоа видлива е разликата. Имено, кај повеќе од половина испитаници од женската популација(15) недостига брачниот партнер, пред приемот во нашата Установа, што секако има свои негативни ефекти и импликации на квалитетот на животот;
- Семејството кое има централно место и значење за секој човек, аналогно на тоа има и свое влијание врз квалитетот на животот, што се отсликува и во нашето истражување;
- Разликите се забележливи и утврдени кај подоминантното присуство на примарното семејство – децата, па и постоењето на секундарното семејство (браќа, сестри, внуци) кај женскиот дел од испитаниците, за време на хоспитализацијата. Но, поважно од горе наведеното, претставува степенот на задоволството од квалитетот на односите, каде што низ истражувањето е утврдено поголемо задоволство на женскиот во однос на машкиот истражувачки примерок;
- Во однос на заболувањата и направената поделба на истите во три групи, видливо е поголемото присуство на женската во однос на машката популација, во негативен контекст на приложеното, што не насочува на констатација за поголеми нарушувања на функционалните способности и се вкупна здравствена состојба, кај женската популација на овој истражувачки примерок;
- Спротивно, на функционалните способности и здравствената состојба евидентирана во претхоспиталниот период и при приемот во Установата,

времетраењето на престојот, лекувањето и преземените интервенции од страна на интердисциплинарниот тим на Установата, а базирани на објективната анализа на податоци ни презентираат една сосема поинаква слика. Имено, земајќи ги во предвид сите фактори кои влијаат на здравствениот статус на старите лица со хронично прогресивни и малигни заболувања, низ првopосочената хипотеза, видлива и забележителна е поголемата адаптабилност, одржување и подобрување на квалитетот на животот и покрај сите коморбидитети кај овие пациенти, кај женската популација на ова истражување;

- Во нашето истражување, од приложеното во хипотеза 2, видливи се разликите помеѓу половите во однос на образовниот статус, па е забележителна разликата во корист на мажите, нивниот поголем и повисок степен на образование;
- Слична е состојбата и со работните позиции во време на работоспособноста и водењето на активен живот пред пензионирањето и настапувањето на заболувањата, кои имаат исклучително влијание врз квалитетот на животот. Доминира негативното влијание кај испитаниците од женскиот пол, поради нерамноправноста или условно речено помалку платената работа која ја извршувале во текот на работниот век. Работните места и лошите услови за работа негативно влијаат врз квалитетот на животот, каде исто така во повисок процент се изјаснуваат испитаниците од женскиот пол;
- Спроти негативниот став во однос на образованието и на работниот ангажман, испитаничките од ова истражување изразуваат поголемо задоволство од општествениот статус во однос на мажите, што е претставено во хипотеза 2, адаптирајќи се и прифаќајќи ја реалната состојба во која се наоѓаат;
- Примарната животна средина, особено ако се навратиме на почетокот на овој труд, ќе ја забележиме тенденцијата во однос на миграционите процеси. Па, оттука е евидентно преферирање на урбаната примарна средина, која е особено забележителна кај жените во однос на мажите. Разликата е присутна, но не е преголема во однос на изборот на машката популација;
- Социо-економската положба на семејствата на пациентите има свое влијание врз квалитетот на живот. Како и во другите, така и во овој важен сегмент,



базирано на добиентите податоци од самите испитаници, женскиот пол е посензитивен и позагрижен во однос на машката популација од примерокот за можните негативни финансиски импликации врз своите семејства, од нивната состојба, престој и лекување во институционалната средина;

- Социјалните ризици во животот демнеат над целата популација и влијаат врз квалитетот на животот. Во нашиот истражувачки примерок кај старите лица со хронично прогресивни и малигни заболувања со мала разлика помеѓу половите остварени се различни права, предвидени во Законот за социјална заштита за амортизација на истите ризици;
- Како горливи прашања кои имаат сериозно влијание на квалитетот на животот се и нерешените имотно-правни спорови. Во избраниот истражувачки примерок кај 7 испитаници се воочени истите, од кои 4 кај машката и 3 кај женската популација, при што нивното решавање и исходот од истите го менуваат квалитетот на животот на пациентите во позитивен или негативен правец.

#### **4.7.2 Субјективни ставови за задоволство и тест за квалитет на животот**

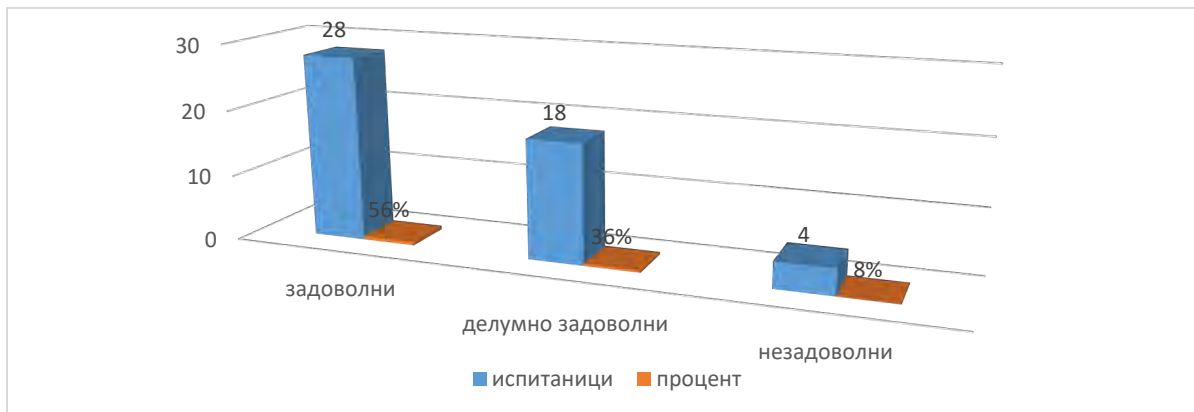
По завршениот осврт на поставените хипотези и потврда на општата хипотеза, суштинско значење на овој труд претставува сетот на прашања од Структурираното Интервју, кој истовремено претставува и тест за квалитет на животот, а се базира на личните ставови на испитаниците на овој истражувачки примерок, околу задоволството и квалитетот на животот пред и за време на хоспиталниот период, како и нивната оценка за третманот, пристапот и ефектите од хоспитализацијата.

Во овој сет на прашања е и најсензитивното прашање „Каде би сакале да го поминете крајот на својот живот“.

При изготвувањето на овој тест за квалитет и задоволство од животот направена е генерализација на одговорите, од едноставна причина што истите се апсолвирани во хипотезите на овој труд. Овој тест на квалитет е компаративен на Ликертовата скала за анализа на влијанието на факторите врз квалитетот на животот.

### 4.7.3 Тест за квалитет и задоволство од животот

#### 1. Каково е задоволството и впечатоците од приемот во Установата?

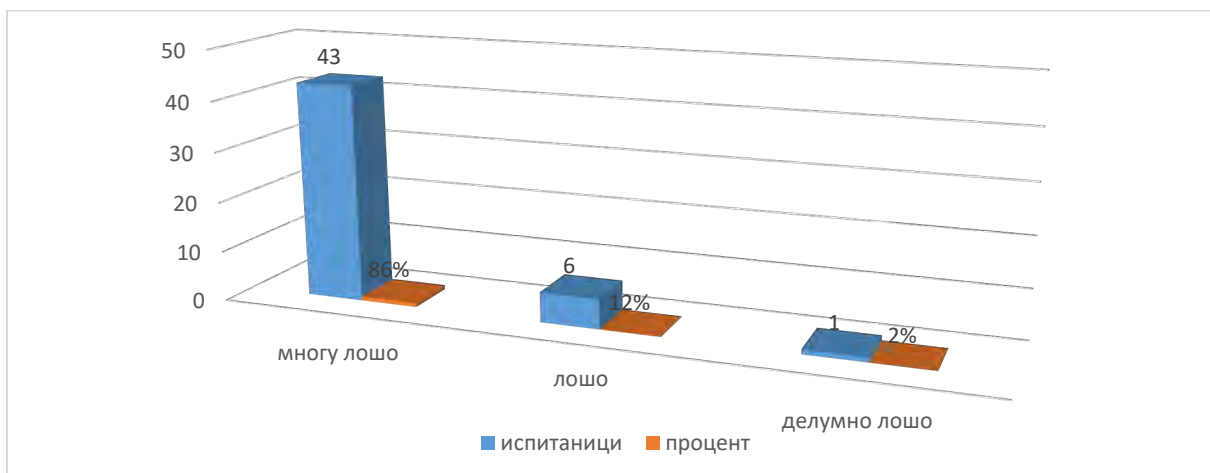


Слика 26

На првото прашање од наведениот тест за квалитет како дел од Структурираното Интервју.

Видливо е поделеното, поточно чувството на несигурност и недоверба, што секако е очекуван резултат, како поради тешките болести, така и поради фактот дека менувањето на примарната средина со институционална, нова и непозната средина предизвикува сомнежи пред се фокусирајќи се на дилемата за тоа дали е тоа вистинскиот избор или не.

#### 2. Кое е нивото на задоволство од престојот и комуникацијата со вработените?

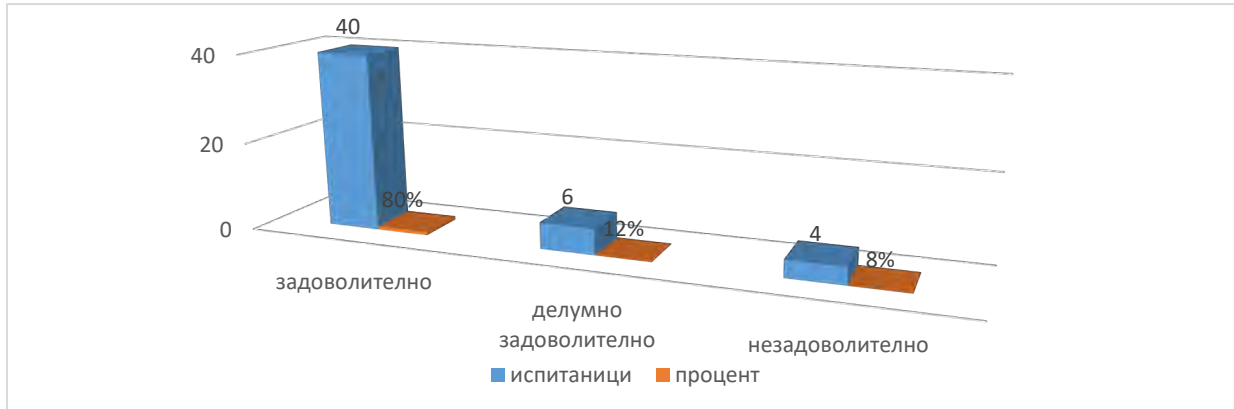


Слика 27

За времетраењето на престојот се утврдени релациите помеѓу пациент- персонал и резултатот е вистински задоволителен и од страна на професионалците, интердисциплинарниот тим со постигнатото, а истакнатото во одговорите на пациентите

е потврда за тоа и поттик за понатамошна, уште поголема интеракција. Овој одговор на пациентите претставува и реална поддршка и одобрување за работата на специјализираниот тим и од страна на семејствата на пациентите.

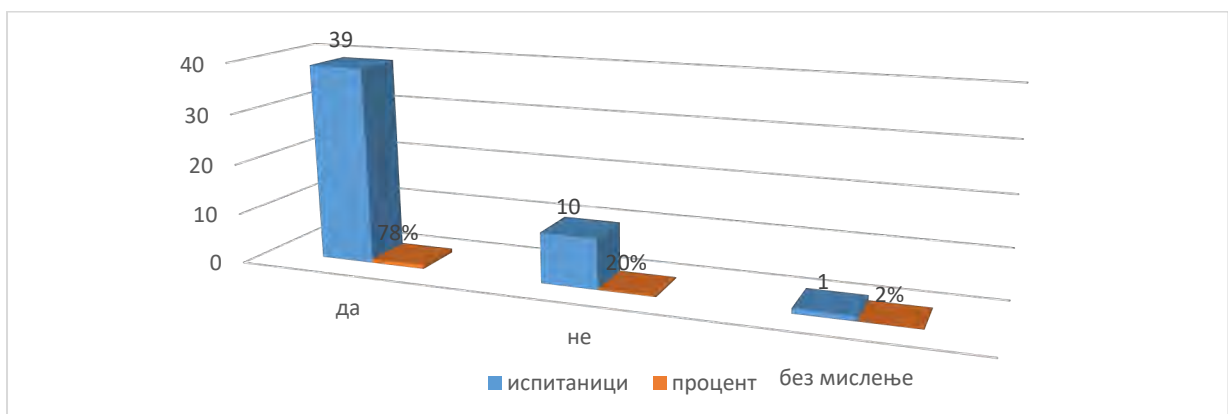
### 3. Вашето функционирање при приемот во Установата?



Слика 28

Горенаведениот приказ е двојно потврден и по пат на објективната анализа на податоци (медицина базирана на докази) и од страна на самите пациенти при што ниту еден пациент при приемот во Установата не е без нарушена здравствена состојба и функционални способности како резултат на хронично прогресивните и малигните заболувања.

### 4. Дали се одлучувате за агресивен третман на болеста, доколку тоа ве ослободи од болките и други тешки симптоми?

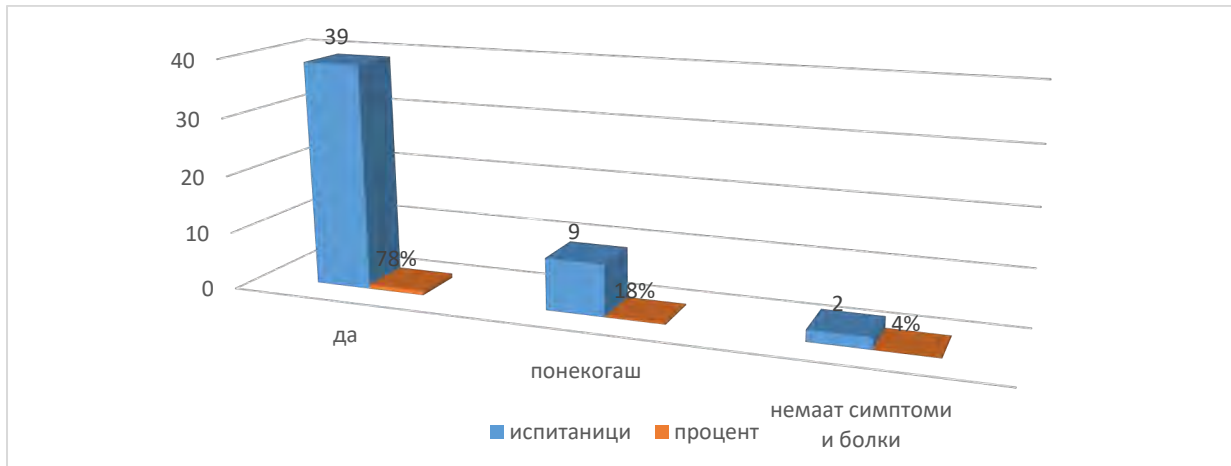


Слика 29

На ова крајно сензитивно прашање е даден очекуван резултат, каде што големо мнозинство од пациентите се за агресивен третман, доколку истиот ги ослободи од болките и другите симптоми, 1/5 од истражувачкиот примерок не се сложува со истиот,

што пак јасно ни ја потврдува определбата на болните стари лица од хронично прогресивни и малигни заболувања во палијативен третман.

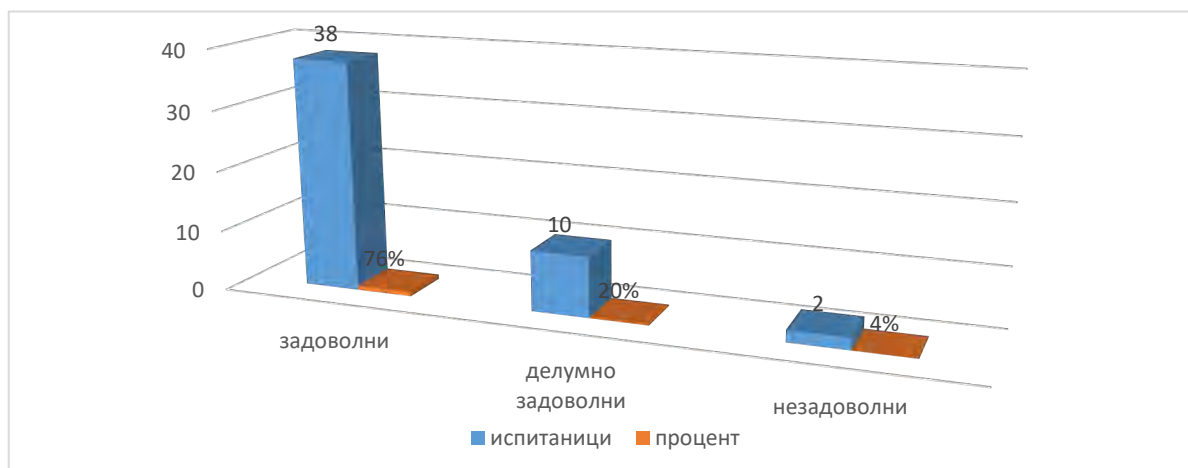
### 5. Дали чувствувате болки или други симптоми за времетраење на престојот и лекувањето во болницата?



Слика 30

Чувствувањето на болки и други симптоми е проследено низ целиот временски период и здравствен третман што е утврдено и од овој приказ, со оглед на фактот дека станува збор за тешки хронично прогресивни и малигни заболувања.

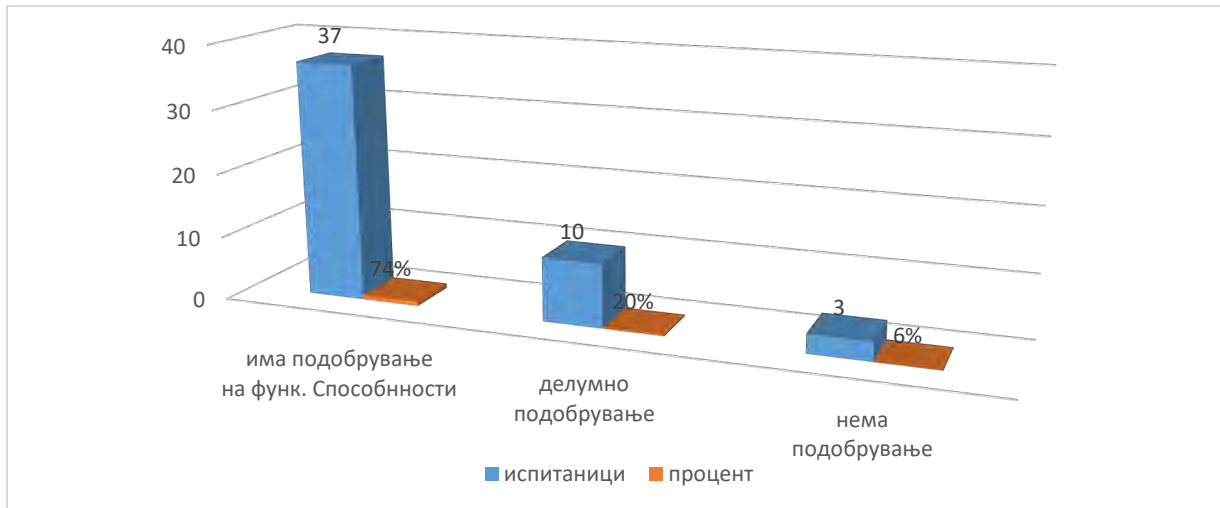
### 6. Колку сте задоволни од третманот во однос на Вашата здравствена состојба?



Слика 31

Ако се земе во предвид одговорот при првото прашање од овој Структурирано Интервју, по извесен временски период од престојот и лекувањето во Специјализираната Установа наведените одговори го прикажуваат високиот процент на севкупното задоволство од сместувањето, лекувањето и третманот спроведен во Установата.

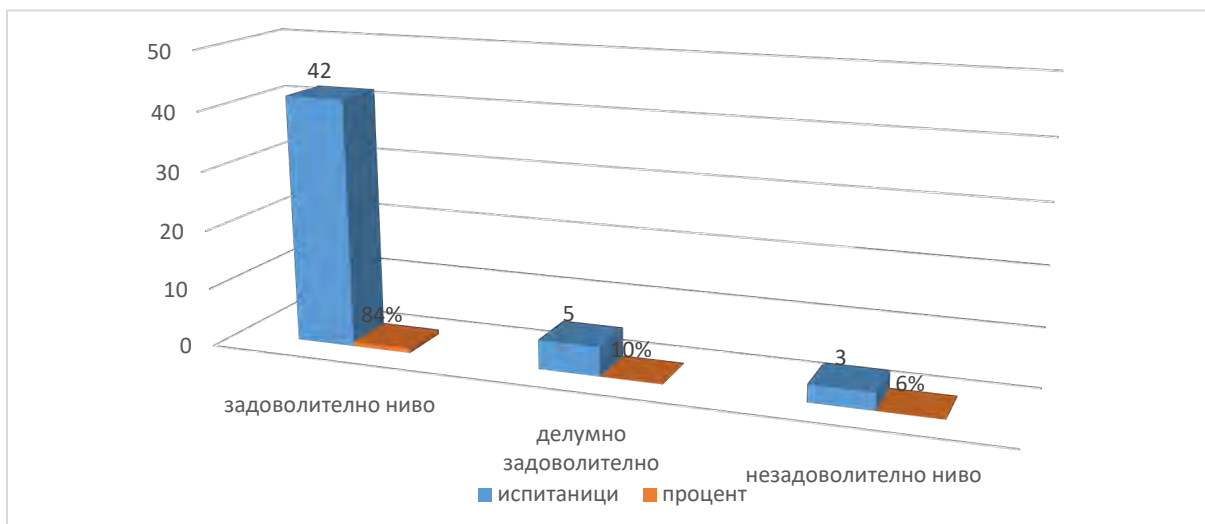
**7. Дали според Вас има подобрување на Вашите функционални способности во текот на лекувањето и престојот?**



Слика 32

Според одговорите на ова прашање може да се дојде до заклучок дека пациентите се во принцип задоволни и јасно ги истакнуваат подобрените функционални способности, што е всушност и една од основните цели на Специјализираната Установа, бидејќи станува збор за лица со тешки заболувања и неможе да стане збор за излекување од постојните, туку се сведува на намалување на болките, симптомите, подобрување и задржување на постојниот квалитет на живот.

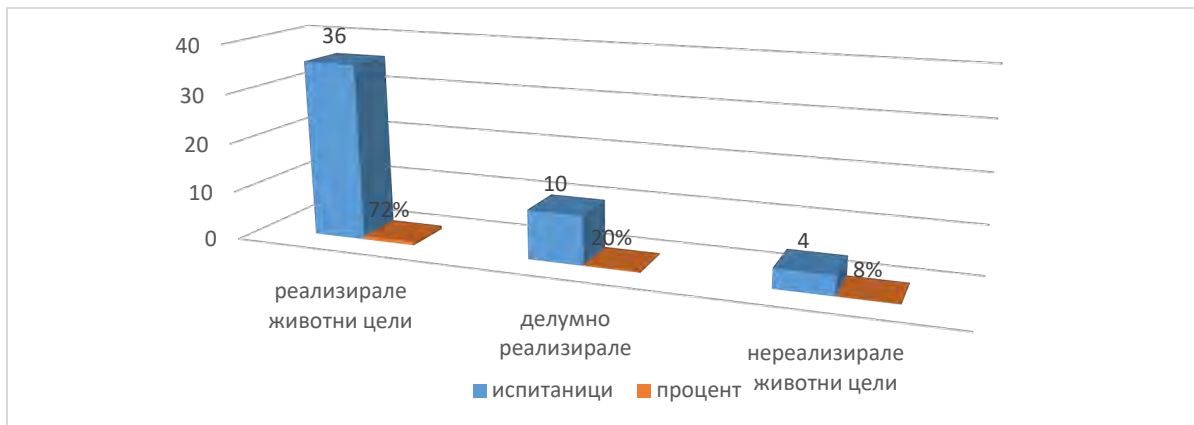
**8. Колкав е степенот на семејната поддршка за време на Вашата хоспитализацијата?**



Слика 33

На сл. 33 е претставен одговорот за една од најсуштествените цели на интердисциплинарниот тим, а се однесува на степенот на семејната поддршка. Имено, имајќи ја во предвид потребата на секој човек за поддршка од своите најблиски, согласно горенаведените одговори, тоа во целост е исполнето, каде што старите лица, пациенти се изјаснуваат со висок процент во правец на задоволството од семејната поддршка за време на хоспитализацијата.

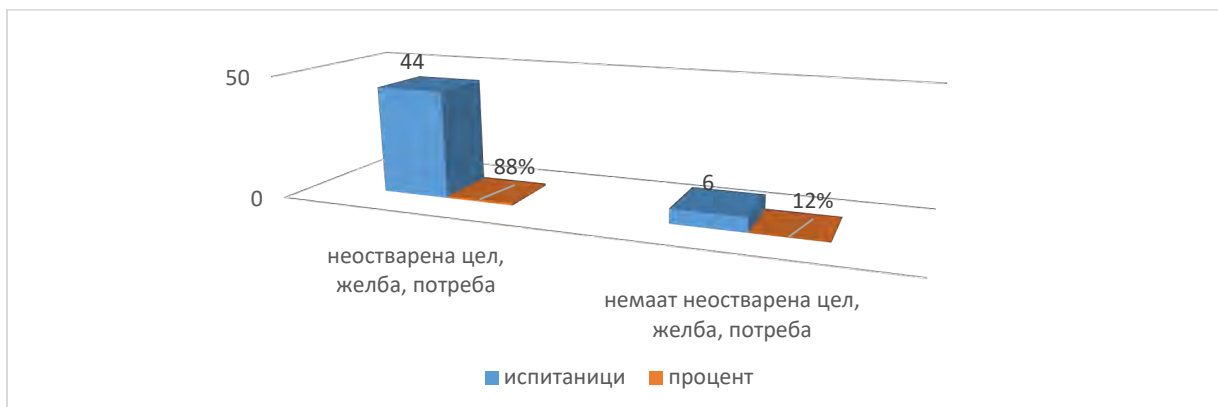
### 9. Дали сметате дека сте ги реализирале своите животни цели?



Слика 34

Според исказот на истражувачкиот примерок на наведениот приказ (сл. 34) забележливо е дека старите лица, испитаници се изјаснуваат за задоволени животни цели, генерално задоволени од една страна, како и дел од нив (20%) кои поради најразлични животни околности, делумно успеале во тоа. Кај 4 испитаници видливо е незадоволството во однос на проектираното, стекнатото и оставареното во текот на животот.

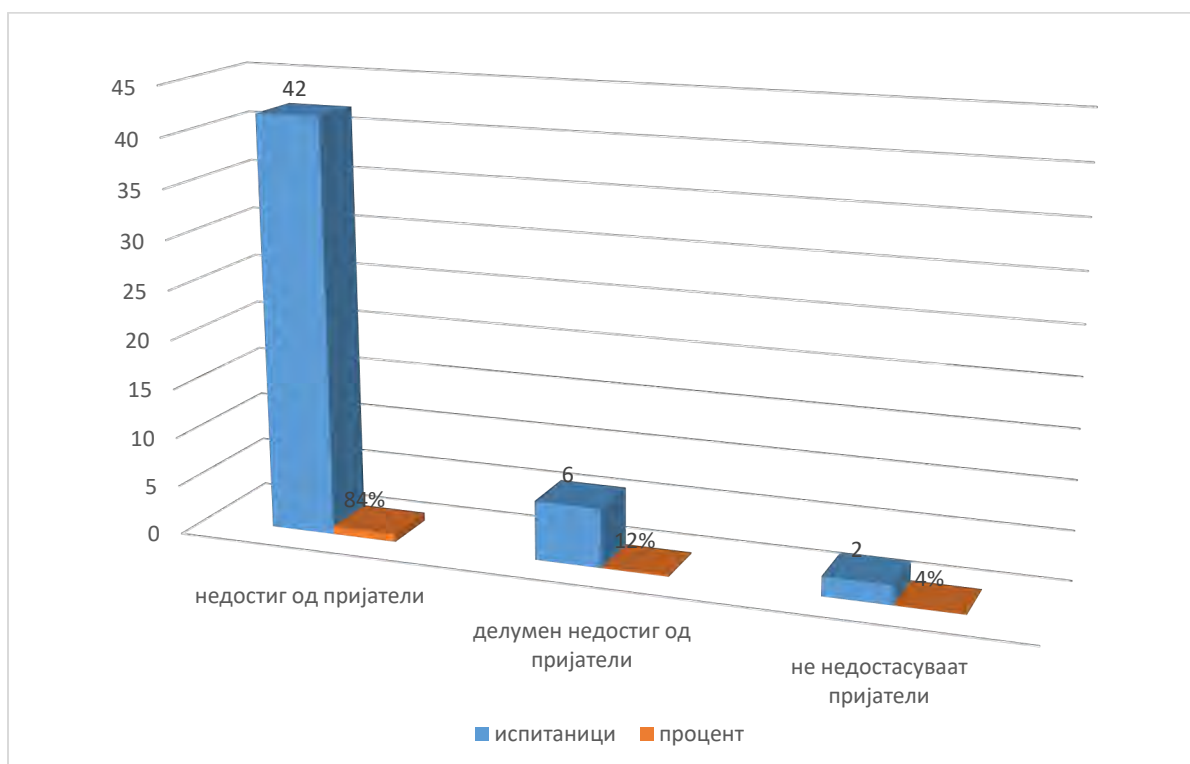
### 10. Имате ли неосстварена цел, потреба или желба во досегашниот тек од животот?



Слика 35

На ова прашање, испитаниците и покрај генерално остварените животни цели, даваат широк спектар на неостварени поединечни цели, потреби и желби, кои од различни причини не можеле да ги остварат во текот на својот живот се до настапувањето на сериозните здравствени потешкотии и заболувања. Значително помал е бројот на оние стари лица, испитаници, кои немаат нереализирана цел, потреба или желба, неостварување по било кој основ.

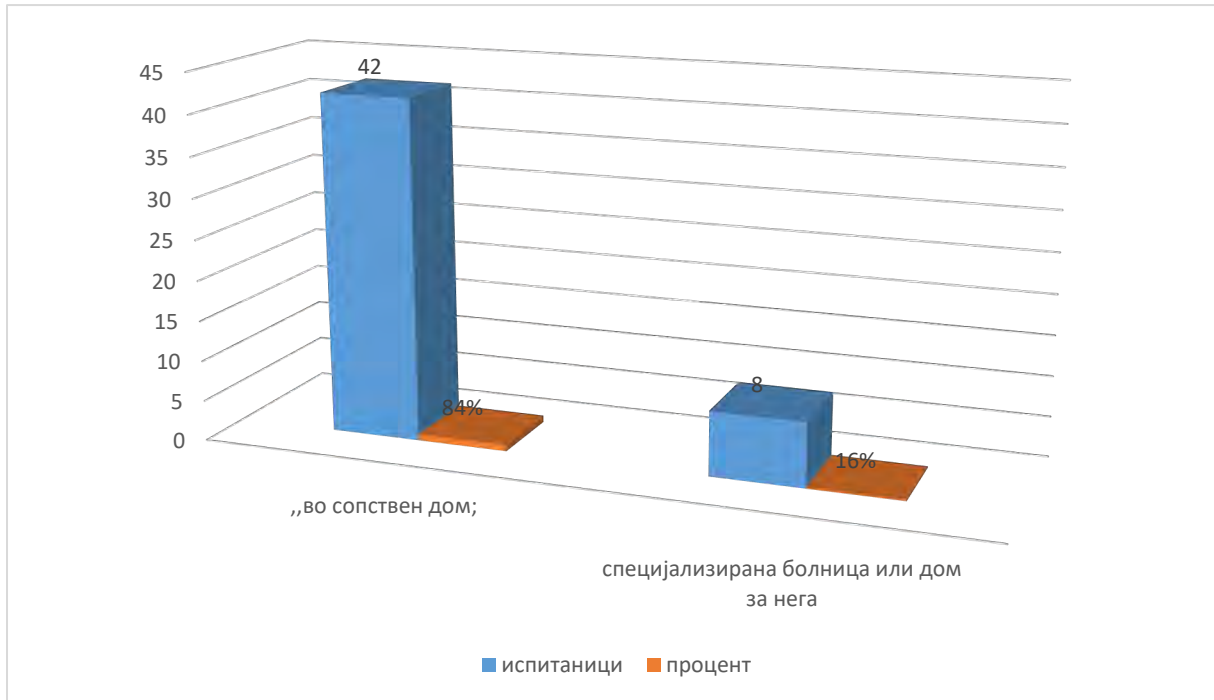
### 11. Ви недостигаат ли пријателите?



Слика 36

Ако ги споредиме резултатите од овој приказ со приказот за семејната поддршка ќе видиме дека станува збор за идентичен процент, но овој пат во негативна конотација. Имено, огромно мнозинство од старите лица, пациенти се изјаснија дека имаа голем недостиг од своите пријатели, кои се дел од семејното опкружување и нивната примарна животна средина.

## 12. Каде би сакале да го поминете крајот на својот живот ?



Слика 37

Заокружувајќи го истражувачкиот дел на овој труд, сумирајќи ги резултатите од објективната и од субјективната анализа на податоците со последното прашање од овој Интервју и своевиден тест за квалитет на живот, дојдовме и до нај сензитивното прашање за секој поединец, единка, човек. Во овој истражувачки примерок, на стари лица со хронично прогресивни и малигни заболувања се потврди релативно очекуваниот одговор, каде што 42 испитаници сметаат дека најсоодветното место и нај достоинствениот крај на животот е во рамките на сопствениот дом, во семејното јадро покрај најблиските, додека пак, 8 испитаници се одредуваат за специјализирана болница или дом за нега. Причините, особено усредувајќи се на одговорот на 8-те испитаници, за оваа определба се темели на задоволување на основните потреби, средина на мир и спокојство, координиран систем на услуги кој им гарантира подобар квалитет на живот и негов достоинствен крај. Воспоставувањето на мостови помеѓу болниот, семејството и тимовите е златно правило од праксата на нашиот пример.



## 5. ГЛАВА 3

### 5.1 Заклучоци

Кај тимовите за палијативно згрижување и членовите на семејствата се појавуваат дилеми, колку долго треба да се спроведува третман на палијативно згрижен и терминално болен, стар човек.

Во пристапот на терминално болен често се наметнува прашање на етиката.од

Потребата од проценување на преостаната функционална и ментална способност, која сеуште не е толку нарушена и желба на стариот човек како сака да го заврши животот се приоритети при создавање на планот за грижа.

Важно е да се заштити старото лице од туѓите интереси и влијанија, да нема злоупотреби.

Потребна е социјална помош, во прав смисол на зборот, која вклучува стручно социјална работа, помош и поддршка, како на лицето кое умира, така и на семејството за време и по смртта.

Почитување на желбите се императив за достоинство и одржан квалитет на палијативната и терминална грижа.

Најголемиот процент на стари лица се определува за палијативна грижа во својот дом, каде и посакуваат да го завршат својот живот.

Терминална фаза за некој трае со години, за други со месеци, денови или само еден миг.

Тоа исто претставува финална фаза од животот на човекот и заслужува обезбедување на трајна професионална заштита и грижа од општеството.

Сознанието за смртта е индивидуално, различно доживување и зависи од повеќе фактори: Образование, етиката, верска припадност, од болестите со тешка прогноза, начинот на успешност во дотогашниот живот, услови за живеење и друго .

Проблемот во комуникацијата со палијативно и терминално болните стари лица најчесто настанува поради недоволна едукација на учесниците во спроведување на грижата.

Важно е да човекот во оваа фаза на животот не остане сам . Односот кон него да не се менува, во текот на згрижување и неугодните состојби. Да се третира врз основа

на севкупната функционална способност, билошката, социјалната и психолошката состојба, да се покаже почит кон неговата личност.

Не смее да се заборави дека таков човек, кој имал свој животен пат, кој ја задолжил заедницата во која живее, има свое семејство, несомнено заслужува да му се осигура достоинство и квалитетот на живеење.

Изнемоштените стари лица се со највисок ризик од негативен исход .

Идентификација на проблематични функционални и ментални дефекти се добродојдени во пораната фаза на оштетувањата, што во пракса, за жал ретко се случува.

Фокусот на грижата е најчесто усмерен на влошување на состојбата и стабилизирање на животни загорезени функции. Подобрување на функцијата и квалитетот на животот, само ако има податоци за претходно системско проценување на капацитетот. Тогаш, се отвораат и можностите за интервенција во подобрување на квалитетот на животот .

Утврдување на социјалните и психолошките потреби се важни во третманот за определување на планот за грижа.

Јакнењето на социјалната мрежа за поддршка ,расположива семејна помош и поддршка се покажаа добродојдени во потребата за одржлив квалитет на животот и неговиот достоинствен крај. За да се осигура најдобар можен квалитет на живот на овие лица во последните месеци, денови од животот, укажува на потребата од создавање на индивидуален план. Таква фаза, општо дефинирана како терминална фаза е окарактеризирана со растечко губење на автономност, со манифестација на физички и психички симптоми, најчесто тешки и комплицирани за третман, со општа истоштеност, која го вовлекува и семејното јадро, со што влегува во криза целата мрежа на социјални и економски односи на болниот и неговите блиски.

Анализа и евалуација на добиените резултати во нашиот пример значително не отстапува од проценките и плановите на палијативниот тим за грижа која се однесува на постапките и третманот на крајот од животот. Ова се за нас препознаени вредности.

Мултидисциплинарниот тим од посветени и високо стручни доктори, социјални работници, медицински сестри и други континуирано го проценуваат ефектот на третманот врз квалитетот на животот. Желбите и потребите на човекот максимално се почитувани .

Крајот на животот е интимно и лично искуство. Достигнатиот квалитет на животот и неговиот достоинствен крај не охрабрува да продолжиме со грижата за овие луѓе.

## **5.2 Следните чекори во развојот на Палијативното згрижување во Република Северна Македонија**

Секој човек има визија за начинот на кој би сакал да биде третиран на крајот од животот, затоа државните системи немаат можност за измама.

На повеќето стари луѓе им е потребна подобра грижа кога поминуваат низ последните фази од животот што во праксата обично не е случај.

Државните системи(здравствени, социјални и други) имаат обврска да обезбедат што е можно подобар квалитет на живот за овие луѓе, да предвидат и планираат потреба од палијативна грижа, која можеби на секој од нас, ќе биде потребна во иднина.

Во процесот на дефинирање и резимирање на состојбите во палијативното згрижување; во обидите да се достигнат примарните цели; во контекстот на реална ситуација во земјата; сеуште се сретнуваме со институционални ограничувања, човечките слабости, проблеми во работата на тимовите и многуте предизвици во културните разлики.

Практата покажа дека грижата за овие луѓе е многу тешка и тогаш кога ни е на располагање најдобра можна палијативна грижа.

И покрај тоа нашата грижа треба да продолжи во правец на хумано и достоинствено згрижување на стари лица.

## **5.3 Главни достигнувања**

Национална стратегија за палијативно згрижување (2005-2020 година) и политичка воља овозможи законска средина за палијативно згрижување и неговото интегрирање во системот на здравствената заштита.

Специјализирана Установа за палијативна грижа во Република Северна Македонија овозможи услови и ја амортизира потребата за хумана и достоинствена грижа.

Обезбеди можност за едукација на кадри, формирање на специјализирани тимови, кои спроведуваат грижа во Установа и во домашни услови.

Врз основа на препораките на Советот на министрите на ЕУ за организација и функција на палијативна заштита, донесени се Национални Стандарди за палијативна заштита по кои се постапува.

## 5.4 Следни чекори

Треба да услови проширување на постојните капацитети и услуги за грижа и поддршка во заедницата. Да ја обезбеди палијативната грижа, таму каде што е потребна со адекватен пристап.

Спремност да се направи прецизна проценка и потреба за грижа во целата земја достапна за старото лице во неговото опкружување

Слабостите во едукација и нееднаквост во разбирањето на третманот на овие лица и на нивните семејства е наш предизвик.

Низ евалуацијата на достигнатите резултати се покажа потребата од континуирано подигање на националните стандарди во правец на подобрување на квалитетот на услугите, подигање на политичка воља и свест, за потребата од палијативна грижа за стари лица и нејзината достапност за сите на кои им е потребна.

Анализа и доградување на законската регулатива која се однесува на финансиска поддршка на оваа ранлива категорија на граѓани со истакната потреба за палијативно згрижување.

Да се дефинираат целите и приоритетите за безбедно, ефективно, усмерено кон човекот кој страда, навремено, ефикасно, непристрасно и посветено ангажирање на овој план.

Да се утврдат специјализирани програми за додипломска и постдипломска настава од областа, за да се обезбеди континуирана едукација и развој.

**КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА**

- 1) Thomauaq CD: Etihical Judgmenta of Quality of life in the Care of the Aged
- 2) Journal of the American Geriatrice Society ,2000
- 3) Harris S.J, Hepburn JAC, Murphy E
- 4) New problem in Medical Ethics, British Medical Journal, 2002
- 5) Mariner WK: Decision Making in the Care of Terminally ill Incompetent Persons
- 6) Smolic – Krkovic N: Gerontologija – Prirucnik za socijalne radnike 2001
- 7) Национална стратегија за Палијативна заштита на Р.С.М 2010-2020 усвоена од Влада 2010год
- 8) Анализа на состојбите во Република Северна Македонија од стратегијата
- 9) Препораки од Советот на министри на држави членки на ЕУ во врска со организација на Палијативно згрижување REC (2003)24
- 10) <https://sr.wikipedia.org/wiki/Starenje>
- 11) [http://semejnamedicina.mednet.mk/upload/dok/377\\_380405664.pdf](http://semejnamedicina.mednet.mk/upload/dok/377_380405664.pdf)
- 12) [https://sr.wikipedia.org/wiki/Koncept\\_kvaliteta\\_%C5%BEivota\\_\(medicina\)](https://sr.wikipedia.org/wiki/Koncept_kvaliteta_%C5%BEivota_(medicina))
- 13) <https://www.hrstud.uniz>
- 14) [www.medfak.ni.ac.rs/amm](http://www.medfak.ni.ac.rs/amm)
- 15) [g.hr/\\_download/repository/Psihologija\\_starenja/4%20Teorije%20starenja\\_tekst.pdf](http://g.hr/_download/repository/Psihologija_starenja/4%20Teorije%20starenja_tekst.pdf)
- 16) Социјални аспекти на стареење и квалитет на живот на старите, М.Деспотовиќ, Н.Трифковиќ, Дивна Кекус, М.Деспотовиќ, Љ.Антиќ ЕАРС Atlas of Paliative Care in Europe
- 17) <http://www.iph.mk/megunaroden-den-na-stari-lica/>
- 18) <http://www.stat.gov.mk/publikacii/2020/Makedonija%20vo%20brojki-2020-web.pdf>



