

**ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR
Socialna gerontologija**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Zrinka Mach

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija

študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**ZNAČAJ SAMOPROCJENE KVALITETE ŽIVOTA
ZA UNAPRJEĐENJE INDIVIDUALNOG
GERONTOLOŠKOG PRISTUPA PREMA
KORISNICIMA U DECENTRALIZIRANIM
DOMOVIMA ZA STARIJE**

**THE IMPORTANCE OF SELF-ASSESSMENT OF
THE QUALITY OF LIFE FOR THE IMPROVEMENT
OF INDIVIDUAL GERONTOLOGICAL APPROACH
TOWARDS RESIDENTS IN DECENTRALIZED
HOMES FOR THE ELDERLY**

Mentor: doc. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela

Kandidat: Zrinka Mach

Maribor, listopad 2023

ZAHVALA

Posvećeno mojim roditeljima koji su mi bili bezrezervna podrška u svim životnim situacijama i nedaćama, ali nažalost nisu dočekali završetak mog doktorskog studija.

Zahvaljujem prvenstveno mojoj mentorici doc. dr. sc. Nadi Tomasović Mrčela na bezrezervnoj pomoći, usmjeravanju i savjetima tijekom pisanja doktorske disertacije, ali i na njezinoj nesebičnosti, podršci i razumijevanju za životne probleme, bolesti i smrti s kojima sam se suočavala tijekom doktorskog studija. Bez nje ni moj put prema završetku ove životne faze ne bi bio moguć.

Zahvaljujem i svim profesorima na Doktorskom studiju socijalne gerontologije od kojih sam puno naučila i koji su mi otvorili nove poglede na život u starijoj dobi.

Posebno zahvaljujem mom B. koji je bio uz mene u svim fazama uspona i padova u životu i koji je vjerovao da se svaki trud isplati i da mogu ostvariti i ovaj san.

Hvala i mojoj braći, šogoricama i nećakinji, ali i prijateljima na podršci.

I na kraju, veliko hvala „mom malom krugu velikih ljudi s kojima sanjam, za koje se trudim“.

Za roditelje kojih više nema, vjerujem da se tamo „negdje gore“ vesele što sam ipak skupila snage da napišem i završim doktorsku disertaciju.

SAŽETAK

S ciljem ispitivanja povezanosti samoprocjene kvalitete života korisnika domova za starije osobe sa stupnjem socijalnih usluga smještaja koje su im pružene te njihovom funkcionalnom samostalnošću, spolom i dobnoj skupini, sukcesivno se pristupilo provedbi analitičkog presječnog istraživanje (2017. – 2019. godine) u pet zagrebačkih decentraliziranih domova za starije. Pomoću upitnika *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*, ispitana je samoprocijenjena kvaliteta života kod 248 korisnika ≥ 65 godina dok je za procjenu funkcionalne samostalnosti primijenjen Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI), a korištene su i opće sociodemografske varijable uključujući i stupanj pruženih socijalnih usluga smještaja (od 1. do 3.). Prije obrade podataka je izvršena linearna transformacija podataka što omogućuje usporedbu rezultata među domenama kvalitete života. Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 248) prema ispitivanim domenama pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 88,00 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 83,33 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 72,22 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene komfora (medijan 68,89; IQR = 58,89 – 80,56).

Rezultati istraživanja usmjeravaju primjenu konkretnih gerontoloških intervencija u odnosu na ispitivane domene samoprocijenjene kvalitete života korisnika domova za starije poput komfora gdje su ostvarene najniže bodovne vrijednosti što indicira na reviziju postojećih normi te nove poglede prema kategorizaciji domova za starije.

Zaključno, ovo istraživanje upućuje da bi se slijedom evaluacije ispitivanih domena samoprocijenjene kvalitete života korisnika u domovima za starije, trebalo pristupiti unapređenju individualnog gerontološkog pristupa prema starijim osobama.

Ključne riječi: samoprocjena kvalitete života, starije osobe, domovi za starije osobe, funkcionalna samostalnost starijih osoba, sveobuhvatan i individualiziran gerontološki pristup.

ABSTRACT

With the aim of examining the relationship between the self-assessment of the quality of life of nursing home residents with the level of social services provided to them and their functional level of independence, gender, and age group, the implementation of the analytical cross-sectional study (2017-2019) was successively approached in five county-owned nursing homes in Zagreb. Using the *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* 2001 questionnaire, self-assessed quality of life in 248 residents ≥ 65 years of age were examined, whereas for the assessment of functional independence, the Barthel index was applied, modified according to Shah, Vanclay and Cooper (MBI). General sociodemographic variables were also used, including the level of provided social services (from 1.-3.) Before processing the data, a linear transformation of the data was performed, which enables the comparison of the results among the domains of quality of life. The self-assessed quality of life of the residents (N = 248) according to the examined domains showed the highest level in the domains of functional competence (median 93.33; IQR = 93.33 – 93.33), privacy (median 93.33; IQR = 88.00 – 93.33), dignity (median 93.33; IQR = 93.33 – 93.33), autonomy (median 93.33; IQR = 83.33 – 93.33) and individuality (median 93.33; IQR = 72.22 – 93.33), while the lowest level of self-assessment of the quality of life was found in the domain of comfort (median 68.89; IQR = 58.89 – 80.56).

The research results suggest the application of concrete gerontological interventions in the investigated domains of the self-assessed quality of life of nursing home residents, such as comfort where the lowest point values were achieved. This refers to the necessity to review the existing norms, regulations and new views on the categorization of nursing homes.

In conclusion, this research indicates that following the evaluation of the examined domains of self-assessed quality of life of nursing home residents, there should be improvement in the individual gerontological approach to the elderly.

Keywords: quality of life self-assessment, the elderly, nursing homes, functional independence of the elderly, a comprehensive and individualized gerontological approach.

SADRŽAJ

1 UVOD	1
1.1 Istraživački problem	1
1.2 Svrha i cilj doktorske disertacije	2
1.3 Istraživačke hipoteze i istraživačka pitanja doktorske disertacije	3
1.4 Metode istraživanja	4
1.4.1 Metoda	4
1.4.2 Instrument	5
1.4.3 Uzorak	10
1.4.4 Postupak prikupljanja i obrade podataka	12
2 KVALITETA ŽIVOTA KORISNIKA DOMOVA ZA STARIJE	14
2.1 Ocjena dosadašnjih istraživanja na razmatranom području	14
2.2 Starost i starenje	17
2.2.1 Teorije starenja	28
2.2.2 Demografski pokazatelji starenja	29
2.2.3 Aktivno, zdravo i uspješno starenje	35
2.3 Kvaliteta života	46
2.3.1 Kvaliteta života starijih osoba	51
2.4 Institucijska i izvaninstitucijska skrb za starije	57
2.4.1 Razlozi smještaja starijih osoba u domove za starije	61
2.4.2 Domovi za starije u RH	74
3 EMPIRIJSKI DIO	76
3.1 Svrha i cilj istraživanja	76
3.2 Istraživačke hipoteze i istraživačka pitanja	76
3.3 Istraživačka metodologija	77
3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka	77
3.3.2 Opis instrumenta	78
3.3.3 Opis uzorka	83
3.3.4 Opis obrade podataka	85
3.4 Rezultati	86
3.5 Rasprava	127

3.5.1 Poveznica samoprocjene kvalitete života korisnika domova za starije i mogućih implikacija na poboljšanje zdravlja starijih osoba na primjeru domene uživanja u hrani	133
3.5.2 Važnost nutritivnog statusa u starijih osoba	135
3.5.3 Uloga utvrđivanja funkcionalne sposobnosti starijih osoba	139
3.5.4 Istraživanja kvalitete života starijih osoba u svijetu	141
4 ZAKLJUČAK.....	153
5 POPIS LITERATURE I IZVORA	157

PRILOZI

Prilog A: Upitnik o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001)

Prilog B: Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) (Shah i sur. 1989)

Prilog C: Upitnik o sociodemografskom statusu korisnika domova za starije

IZJAVA O AUTORSTVU

IZJAVA LEKTORA

POPIS SLIKA

Slika 1: Raspodjela osoba u dobi ≥ 55 godina, prema dobnoj skupini, 2019. i 2050. u EU-27 (% udjela u ukupnom stanovništvu).....	31
Slika 2: Piramide stanovništva, EU-27, 2019. i 2050. (% udjela u ukupnom stanovništvu)	32
Slika 3: Raspodjela pretilosti prema dobnim skupinama, 2017. (% osoba čiji je ITM ≥ 30 kg/m ²)	136

POPIS TABLICA

Tablica 1: Bodovanje domena kvalitete života prema izvornoj ljestvici	5
Tablica 2: Raspodjela hrvatskog stanovništva po dobnim skupinama prema popisima od 1953. do 2011. i procjeni sredinom 2019. godine.....	35
Tablica 3: Analiza ispitanika prema sociodemografskim podacima (N = 248)	88

Tablica 4: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika (N = 248) prema ispitivanim domenama	90
Tablica 5: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života ispitanika (N = 248) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja	92
Tablica 6: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života (N = 248) u odnosu na funkcionalnu samostalnost (MBI)*	94
Tablica 7: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na dobne skupine (N = 248)	95
Tablica 8: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na spol (N = 248)	96
Tablica 9: Usporedba dobnih skupina ispitanika (N=248) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja	97
Tablica 10: Usporedba spola ispitanika (N=248) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja	98
Tablica 11: Usporedba stupnja funkcionalne samostalnosti (MBI)* u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja	100
Tablica 12: Usporedba duljine boravka ispitanika u domovima za starije u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)	103
Tablica 13: Usporedba stupnja obrazovanja ispitanika u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)	106
Tablica 14: Usporedba bračnog statusa ispitanika u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)	108
Tablica 15: Usporedba sociodemografskih varijabli ispitanika i funkcionalne samostalnosti (MBI) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)	109
Tablica 16: Analiza samoprocijenjene kvalitete života korisnika (N = 100) u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama	110
Tablica 17: Analiza samoprocijenjene kvalitete života korisnika (N = 66) u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama	111
Tablica 18: Analiza samoprocijenjene kvalitete života korisnika (N = 82) u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama	112
Tablica 19: Analiza samoprocijenjene kvalitete života potpuno ovisnih korisnika (N=33) prema ispitivanim domenama	113
Tablica 20: Analiza samoprocijenjene kvalitete života jako ovisnih korisnika (N = 3) prema ispitivanim domenama	114

Tablica 21: Analiza samoprocijenjene kvalitete života umjereno ovisnih korisnika (N = 69) prema ispitivanim domenama	115
Tablica 22: Analiza samoprocijenjene kvalitete života malo ovisnih korisnika (N = 45) prema ispitivanim domenama	116
Tablica 23: Analiza samoprocijenjene kvalitete života potpuno samostalnih korisnika (N = 98) prema ispitivanim domenama	117
Tablica 24: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika dobne skupine od 65 do 74 godine (N = 22) prema ispitivanim domenama	118
Tablica 25: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika dobne skupine od 75 do 84 godine (N = 110) prema ispitivanim domenama	119
Tablica 26: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika dobne skupine od 85 godina i starijih (N = 116) prema ispitivanim domenama	120
Tablica 27: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na muški spol (N = 62) prema ispitivanim domenama	121
Tablica 28: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na ženski spol (N = 186) prema ispitivanim domenama	122
Tablica 29: Povezanost samoprocijenjene kvalitete života u odnosu na dob ispitanika (N = 248)	124
Tablica 30: Povezanost samoprocijenjene kvalitete života u odnosu na funkcionalnu samostalnost (MBI) ispitanika (N = 248)	126

1 UVOD

1.1 Istraživački problem

Starije stanovništvo, posebice u razvijenim zemljama je sve brojnije (United Nations 2020, 2). Stoga možemo očekivati da će osobe starije životne dobi biti sve zastupljenije u ukupnoj populaciji (Duraković i sur. 2007, 1; United Nations 2020, 2). Starenje stanovništva predstavlja globalni fenomen uzrokovan produljenjem životnog vijeka zbog znatno višeg standarda stanovništva, poboljšanjem zdravlja stanovništva te smanjenjem stope fertiliteta (Christensen i sur. 2009, 12; Bloom i sur. 2011, 1–2; Rechel i sur. 2013, 1–2; Beard i sur. 2016, 2; Puljiz 2016, 83; Lee i Zhou 2017, 285–288; Murphy 2017, 257–283).

Povećano očekivano trajanje života dovodi do povećanja udjela osoba u osamdesetim i devedesetim godinama života u ukupnom stanovništvu (Christensen i sur. 2009, 2; Corsi i sur. 2010, 27; Rechel i sur. 2013, 2). To su osobe koje imaju potrebu za dugotrajnom integriranom zdravstvenom i socijalnom skrbi, ne samo zbog učestale pojavnosti funkcionalne onesposobljenosti, nego i zbog toga što najčešće žive sami (Friedman i sur. 2005, 157–158; Gaugler i sur. 2007, 2; World Health Organization 2011, 23; Puljiz 2016, 93). Želja za što duljom neovisnošću i autonomijom, kvalitetnija zdravstvena skrb, dulji životni vijek bez invaliditeta, kao i bolja izvaninstitucijska skrb tumače činjenicu da stariji ljudi odlaze u ustanove za dugotrajnu skrb u kasnijoj životnoj dobi i bolesniji (Farber i sur. 2011, 13; Wiles i sur. 2012, 357–366; Bally i Jung 2015, 565).

Demografski pokazatelji starenja društva u razvijenim zemljama predstavljaju veliki izazov koji utječe i na kvalitetu života te uključuje pitanja održivosti različitih sustava koja treba kontinuirano rješavati (Rechel i sur. 2013, 1; Beard i sur. 2016, 7–10). Od izuzetnog značaja su resursi koje društvo pruža za starije osobe koje su funkcionalno onesposobljene ili koje gube sposobnost samostalnog življenja (Friedman i sur. 2005, 157–158; Beard i Bloom 2015, 2–3), a obuhvaćaju zdravstvenu njegu u kući i boravak u domovima za starije.

Gubitak funkcionalne samostalnosti jest čimbenik povezan s većom ovisnošću starijih o tuđoj pomoći i zdravstvenoj njezi (Gaugler i sur. 2007, 2; Wang i sur. 2016, 1) i jedan od glavnih čimbenika za napuštanje vlastitog doma i smještaja u dom za starije osobe (Tseng i Wang 2001, 304; Cho i sur. 2016, 2). Sposobnost starijih osoba za upravljanje osnovnim aktivnostima svakodnevnog života (ADL) u svojoj kući, značajan je prediktor njihove ovisnosti o tuđoj pomoći, smještaja u dom za starije osobe i smrti (Abizanda i sur. 2014, 622–627; de la Rica-Escuín i sur. 2014, 329–334).

S obzirom na učestalost komorbiditeta i gerijatrijskih sindroma u starijoj dobi, važan će biti konceptualni okvir koji se fokusira na funkcionalnost umjesto na bolest (Beard i Bloom 2015, 3; Beard i sur. 2016, 5). Starije osobe u odnosu na mlađe dobne skupine imaju veću vjerojatnost da će doživjeti višestruke zdravstvene i socijalne probleme, međusobno povezane s multimorbiditetom, često i gubitkom funkcionalne sposobnosti te širim gerijatrijskim sindromima slabosti i slabije spoznaje, kontinencije, hoda i ravnoteže (Lee i sur. 2009, 511–516; Beard i sur. 2016, 4–5).

Brojne su specifičnosti populacije starijih osoba što nedvojbeno utječe na percepciju kvalitete njihova života (Miller i sur. 2000, 1089–1104; Xavier i sur. 2003, 32; Duraković i sur. 2007, 527–553). Zadovoljstvo s odabranim domenama kvalitete života starijih osoba povezuje se s dobi, brojem zdravstvenih problema, te stupnjem funkcionalne samostalnosti (Lawton 1999, 181–183; Barca i sur. 2011, 439–441; Mares i sur. 2016, 10–11).

1.2 Svrha i cilj doktorske disertacije

Cilj istraživanja je ispitati postoji li povezanost funkcionalne samostalnosti, stupnja socijalnih usluga smještaja koje primaju korisnici, ili njihove dobi i spola sa samoprocjenom kvalitete života korisnika u pet odabranih decentraliziranih domova za starije u gradu Zagrebu.

Svrha istraživanja je na osnovi dobivenih rezultata unaprijediti individualni gerontološki pristup prema korisnicima domova za starije osobe te osigurati i unaprijediti kvalitetu života korisnika prema već utvrđenoj strukturi intenziteta i opsega pružanja socijalnih usluga smještaja, spola, funkcionalne samostalnosti te dobne skupine.

1.3 Istraživačke hipoteze i istraživačka pitanja doktorske disertacije

Temeljem dosadašnjih publiciranih znanstvenih i stručnih radova o obilježjima samoprocjene kvalitete života starijih osoba smještenih u domove za starije osobe postulirane su sljedeće hipoteze:

H1 Samoprocjena domena kvalitete života u domovima za starije veća je kod korisnika koji primaju 3. stupanj usluga u odnosu na druge ispitivane stupnjeve usluga.

H2 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je kod pojavnosti većeg stupnja funkcionalne onesposobljenosti.

H3 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je u starijim dobnim skupinama.

H4 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je kod muškog spola.

Navedene hipoteze testirane su pripadnim statističkim metodama (kako je i opisano u poglavljima: poglavlja 1.4.4 Postupak prikupljanja i obrade podataka i 3.3.4 Opis obrade podataka).

Temeljem istraživačkih hipoteza dobit ćemo odgovore na sljedeća istraživačka pitanja:

1. Postoji li razlika u samoprocjeni domena kvalitete života u domovima za starije kod korisnika koji primaju 1., 2. i 3. stupanj usluga smještaja?
2. Je li razina samoprocjene domena kvalitete života veća u korisnika s većim stupnjem funkcionalne onesposobljenosti u domovima za starije osobe?
3. Postoji li razlika u samoprocjeni domena kvalitete života korisnika domova za starije u odnosu na životnu dob/dobnu skupinu?

4. Postoji li razlika u samoprocjeni domena kvalitete života korisnika domova za starije u odnosu na spol?

1.4 Metode istraživanja

1.4.1 Metoda

U empirijskom dijelu doktorske disertacije analizirat će se i prikazati dobiveni rezultati kvantitativnom metodologijom deskriptivne i inferencijalne statistike putem dvaju strukturirana upitnika:

- Upitnik o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents, 2001*) i
- Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) (Shah i sur. 1989, 703–709) te
- Upitnikom o sociodemografskom statusu korisnika domova za starije.

Samoprocjena kvalitete života ispitana je upotrebom Upitnika o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*) koji se sastoji od 11 domena. Ispitanici su na set čestica izražavali učestalost koja je denominirana u rasponu vrijednosti od 1 do 4 boda, gdje vrijednost 1 upućuje na nisku razinu domene kvalitete života, dok vrijednost 4 upućuje na visoku razinu promatrane domene kvalitete života (tablica 1).

Tablica 1: Bodovanje domena kvalitete života prema izvornoj ljestvici

Domene kvalitete života	Broj čestica	Minimalan broj bodova	Maksimalan broj bodova
Komfor (fizički)	6	6	24
Funkcionalna kompetencija	5	5	20
Privatnost	5	5	20
Dostojanstvo	5	5	20
Smislene aktivnosti	6	6	24
Međuljudski odnosi	5	5	20
Autonomija	4	4	16
Uživanje u hrani	3	3	12
Duhovno blagostanje	4	4	16
Sigurnost	5	5	20
Individualnost	6	6	24

Izvor: Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001

U prvom koraku analize je rađena transformacija mjerne skale u skalu s rasponom vrijednosti od 0 do 100 bodova, i to tako da veća vrijednost na skali upućuje na veću razinu samoprocjene kvalitete života. Transformacija je rađena upotrebom metode linearne transformacije. Transformacija skaliranja poput pretvaranja u raspon od 0 do 100 bodova često se koristi u mnogim područjima, uključujući statistiku, računarstvo i analizu podataka. Opravdanost upotrebe ovog tipa transformacije je potkrijepljen i literaturom (Field 2013). Transformacija podataka omogućuje usporedbu rezultata na domenama kvalitete života među domenama, što je dodatan argument za upotrebu transformacije.

1.4.2 Instrument

Pomoću strukturiranih testova Upitnikom o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*) i Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (Shah i sur. 1989, 703–709) ispitanici od 65 godina i stariji (u 1., 2. i 3. stupnju socijalnih usluga) u pet decentraliziranih domova u gradu Zagrebu. Opis i razina socijalnih usluga smještaja korisnika određena je Pravilnikom o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga

smještaja Ministarstva socijalne politike i mladih (Narodne novine 40/2014). Za test *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*, izvršena je translacija s engleskog na hrvatski jezik i retranslacija (zbog izvršenja usporedbe teksta) s hrvatskog na engleski jezik.

Isto tako za Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (Shah i sur. 1989, 703–709) izvršena je translacija s engleskog na hrvatski jezik i retranslacija (radi izvršenja usporedbe teksta) s hrvatskog na engleski jezik. Korištene su i posebne upute za trening evaluatora kako bi se pravilno ispunio upitnik.

Kako bismo dobili istinite odnosno vjerodostojne podatke, Upitnikom o sociodemografskom statusu korisnika domova za starije provjerene su odnosno prikupljene od socijalnih radnika zaposlenih u domovima za starije sljedeće opće varijable o korisnicima:

- stupanj socijalnih usluga smještaja koji primaju,
- dob,
- spol,
- bračni status,
- stupanj obrazovanja,
- duljina boravka u domu za starije osobe.

Anketiranje su provele osobe posebno educirane za rad s osobama starije životne dobi (liječnik, socijalni gerontolog, medicinska sestra), a koje nisu zaposlenici niti jednog doma za starije osobe.

Upitnik o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*) sastoji se od 54 pitanja u području 11 domena kvalitete života i posljednjeg 55. sumarnog pitanja o ocjeni kvalitete života u domovima za starije osobe. Domene obuhvaćaju psihološke i socijalne aspekte kvalitete života: domenu komfora (24 – 6 raspon bodova), funkcionalne kompetencije (20 – 5 raspon bodova), privatnosti (20 – 5 raspon bodova), dostojanstva (20 – 5 raspon bodova), smislene aktivnosti (24 – 6 raspon bodova), osobnih odnosa (20 – 5 raspon bodova), autonomije (16 – 4 raspon bodova), uživanja u hrani (12 – 3 raspon bodova), duhovnog blagostanja (16 – 4

raspon bodova), sigurnosti (20 – 5 raspon bodova) i individualnosti (24 – 6 raspon bodova). Veći zbroj bodova predstavlja višu razinu kvalitete života.

Svaka domena sastoji se od tri do šest pitanja. Na pitanja se odgovara pomoću Likertove skale od četiri boda poput „često“, „ponekad“, „rijetko“, „nikada“, a odgovori su bodovani od 1 = „nikad“ do 4 = „često“. U pitanjima gdje je to bilo prikladno, korišteno je obrnuto bodovanje. Izuzetak je domena smislenih aktivnosti u kojoj su imali različite skupove odgovora. U toj domeni na jedno pitanje odgovara se Likertovom skalom od 4 boda kao „onoliko koliko želite?“, „previše?“, „premalo?“, a bodovanje se kreće od 4 = „onoliko koliko želite?“ do 1 = „premalo“. U drugom pitanju odgovara se na Likertovoj skali od 4 boda kao „svaki dan“, „nekoliko puta tjedno“, „otprilike jednom tjedno“, „manje od jednom tjedno“, „manje od jednom mjesečno“ pri čemu se bodovi kreću od 4 boda za „svaki dan“ do 1 boda za „manje od jednom mjesečno“. Veći broj bodova ukazuje na bolju kvalitetu života (Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001; Kane 2001, 297; Kane 2003, 28–36; Kane i sur. 2003, 240–248; DuMond 2010).

Tijekom anketiranja bilo je poželjno od ispitanika dobiti odgovore prema Likertovoj skali kad god je to bilo moguće.

U slučaju kada ispitanici u nekoliko pokušaja nisu mogli odgovoriti na pitanje prema Likertovoj skali, pitanje im je ponovno postavljeno uz mogućnost da na njega mogu dihotomno odgovoriti s „uglavnom da“ ili „uglavnom ne“. Ispitanicima koji su bili u mogućnosti na pitanja odgovoriti prema Likertovoj skali, dopuštena su tri pokušaja prije nego je anketar omogućio korištenja dihotomnog odgovora. Neki korisnici domova za starije osobe davali su povremeno tijekom intervjua dihotomne odgovore, a drugi su to činili tijekom cijelog intervjua.

Kako bi se omogućilo što većem broju korisnika domova za starije osobe sudjelovanje u ovom upitniku i davanje podataka o svojoj kvaliteti života, autori upitnika osmislili su kombinaciju dvaju tipova odgovora: Likertova i dihotomnog.

Dihotomni odgovori „uglavnom da“ bodovani su s 3,8, a svi odgovori „uglavnom ne“ bodovani su sa 1,5 (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* 2001).

Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) (Shah i sur. 1989, 703-709) procjenjuje stupanj funkcionalne samostalnosti.

Modificirani sustav bodovanja predložili su Shah, Vanclay i Cooper (1989, 703–709) koristeći ordinalnu ljestvicu od pet razina za svaku stavku radi poboljšanja osjetljivosti za otkrivanje promjena u funkcionalnoj samostalnosti.

Za procjenu stupnja funkcionalne samostalnosti korisnika domova za starije korišten je Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI). Ovaj Indeks mjeri stupanj funkcionalne samostalnosti u osobnoj njezi i pokretljivosti u deset uobičajenih dnevnih aktivnosti:

- osobna higijena,
- kupanje,
- hranjenje,
- korištenje WC-a,
- korištenje stubišta,
- oblačenje,
- kontrola stolice,
- kontrola mokraće,
- prijelaz krevet – stolica,
- pokretnost,

*pokretnost s kolicima (alternativa kretanju) (Shah i sur. 1989, 705).

Razina funkcionalne samostalnosti procijenjena indeksom po Barthelovoj modificiranim prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) procjenjivat će se bodovnom ljestvicom:

- a) potpuna ovisnost (0 – 20 bodova),
- b) teška ovisnost (21 – 60 bodova),
- c) umjerena ovisnost (61 – 90 bodova),
- d) mala ovisnost (91 – 99 bodova),
- e) potpuna samostalnost (100 bodova).

Prema članku 162. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga Ministarstva socijalne politike i mladih djelatnost pružatelja usluga za starije osobe ostvaruje se pružanjem sljedećih vrsta usluga:

1. usluga smještaja,
2. usluga smještaja u obiteljskom domu,
3. usluga poludnevnog boravka,
4. usluga cjelodnevnog boravka,
5. usluga pomoći u kući,
6. usluga organiziranog stanovanja u stambenim jedinicama (Narodne novine 40/2014).

Prema članku 165. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga, dom za starije osobe pruža usluge iz članka 162. točke 1., 3., 4. i 6. ovoga Pravilnika, a može pružati i usluge iz članka 162. točke 5. ovoga Pravilnika. To su sljedeće usluge: usluga smještaja, usluga poludnevnog boravka, usluga cjelodnevnog boravka i usluga organiziranog stanovanja u stambenim jedinicama, a može pružati i uslugu pomoći u kući (Narodne novine 40/2014).

Opis i razina socijalnih usluga smještaja korisnika određena je Pravilnikom o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga smještaja Ministarstva socijalne politike i mladih. Prema članku 171. (Narodne novine 40/2014):

„(1) Intenzitet pružene usluge starijim osobama i teško bolesnim odraslim osobama ovisi o vrsti usluge, potrebama korisnika odnosno funkcionalnoj sposobnosti i zdravstvenom stanju korisnika, a određuje ga intenzitet aktivnosti unutar usluge (usluga se sastoji od više aktivnosti).

(2) Usluga smještaja i usluga smještaja u obiteljskom domu starijim osobama i teško bolesnim odraslim osobama pruža se sljedećim intenzitetom:

- prvi stupanj usluge pruža se funkcionalno neovisnom korisniku koji samostalno zadovoljava svoje potrebe, a iz zdravstvenog stanja se može zaključiti da mu pomoć druge osobe nije potrebna (samo za usluge iz članka 162. točka 1. i 2. ovoga Pravilnika),
- drugi stupanj usluge pruža se djelomično ovisnom korisniku kojemu je potrebna pripomoć pri zadovoljenju osnovnih potreba,
- treći stupanj usluge pruža se funkcionalno ovisnom korisniku kojem je potrebna pomoć druge osobe u zadovoljenju svih potreba u punom opsegu,

- četvrti stupanj usluge pruža se funkcionalno ovisnom korisniku kojem je zbog Alzheimerove demencije ili drugih demencija (srednji/srednje teški stadij bolesti) potrebna pomoć i nadzor druge osobe u zadovoljenju svih potreba u punom opsegu (samo za usluge iz članka 162. točka 1. ovoga Pravilnika).

(3) Usluge boravka starijim osobama pružaju se u sljedećem intenzitetu:

- prvi stupanj usluge pruža se funkcionalno neovisnom korisniku koji samostalno zadovoljava svoje potrebe, samostalno ili uz pomoć članova obitelji dolazi i vraća se kući,
- drugi stupanj usluge pruža se funkcionalno ovisnom korisniku kojem je zbog starosti ili Alzheimerove demencije ili drugih demencija (srednji/srednje teški stadij bolesti) potrebna pomoć i nadzor druge osobe u zadovoljenju potreba.

(4) Usluge organiziranog stanovanja u stambenim jedinicama starijim osobama pružaju se funkcionalno neovisnim starijim osobama koje samostalno zadovoljavaju svoje potrebe (prvi stupanj usluge).“

1.4.3 Uzorak

Analitičko presječno istraživanje sukcesivno je provedeno u pet zagrebačkih decentraliziranih domova za starije (Sv. Josip, Maksimir, Peščenica, Dubrava i Ksaver) u vremenskom razdoblju od travnja 2017. do veljače 2019. godine. U prvom dijelu istraživanja (Maksimir, Peščenica, Sv. Josip) u razdoblju od 2017. do 2018. godine sudjelovalo je 150 ispitanika (Kolarić i sur. 2019, 13). Drugi dio obuhvatio je još dva dodatna doma za starije (Dubrava i Ksaver uz prethodno navedeni Sv. Josip) u razdoblju od 2018. do 2019. godine i 98 ispitanika (Mach i sur. 2020, 116).

Ispitanici iz prvog dijela istraživanja (2017. – 2018.) o kvaliteti života primjenom Upitnika o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije (Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001; Kane 2001, 297; Kane 2003, 28–36; Kane i sur. 2003, 240–248; DuMond 2010) u kojoj su prevalirale funkcionalno neovisne starije osobe koje primaju 1. stupanj socijalnih usluga smještaja nisu se preklapali s drugom skupinom (2018. – 2019.) u kojoj dominiraju korisnici 2. i 3. stupnja socijalnih usluga smještaja u domu za starije osobe.

Temeljem pilot istraživanja dobivene su pretpostavke za izračun potrebne veličine uzorka za testiranje hipoteze H1 od 249 ispitanika; srednja vrijednost skora samoprocjene kvalitete života u stupnjevima 1 i 2 bila je 3, u stupnju 3 bila je 2,72, dok je standardna devijacija za cijeli uzorak bila 0,74 te je odlučeno da se sukladno veličini klastera odredi broj ispitanika koji u 1. i 2. stupnju može biti dvostruko veći od broja ispitanika u 3. stupnju ($N1/N2 = 2$). Za dostizanje statistički značajne razlike uz navedene pretpostavke potrebno je uključiti 166 ispitanika iz 1. i 2. stupnja i 83 iz 3. stupnja.

Uzorak istraživanja konsektivno je određen na takav način da je sudjelovanje ponuđeno svakom drugom korisniku po abecednom redu do dosezanja planiranog broja ispitanika za pojedini stupanj socijalne usluge smještaja (1. – 3.). Broj korisnika u pet decentraliziranih domova po stupnjevima iznosi: 1. stupanj – 567, 2. stupanj – 280 i 3. stupanj – 545 korisnika (4. stupanj koji nije uvršten u istraživanje – 105 korisnika). Slučajnim odabirom za istraživanje su obuhvaćeni: za 1. stupanj – 100 ispitanika, 2. stupanj – 66 ispitanika, 3. stupanj – 82 ispitanika.

Etička suglasnost dobivena je od Etičkog povjerenstva Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (Kl. br.: 500-04/17-01/01; Ur. br.: 381-9/1-17-01; Datum: 10. kolovoza 2017.). Suglasnost za predmetno istraživanja dobivena je od Gradskog ureda za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom RH Grada Zagreba (Kl. br.: 550-01/17-01/293; Ur. br.: 251-17-14/4-17-2; Datum: 28. kolovoza 2017.) i (Klasa broj: 550-01/18-01/418; Ur. broj: 251-17-14/4-18-2; Datum: 24. rujna 2018.).

Svi ispitanici bili su upoznati s detaljima istraživanja i potpisali su informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju prije njezina početka. Osobni podaci sudionika prikupljeni su, pohranjeni i obrađeni u skladu sa svim pozitivnim zakonskim propisima Europske unije o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka (GDPR).

Ova doktorska disertacija dio je istraživanja sufinanciranog iz programa „Unapređenje kvalitete života i zaštite zdravlja korisnika domova za starije uz izradu Vodiča za aktivno zdravo starenje“ od Gradskog ureda za zdravstvo, Grada Zagreba.

Kriteriji uključivanja /isključivanja ispitanika

Kriteriji uključivanja ispitanika: ispitanici su korisnici pet odabranih decentraliziranih zagrebačkih domova za starije (Sv. Josip, Maksimir, Peščenica, Dubrava i Ksaver) u dobi od 65 i više godina koji su pristali sudjelovati u istraživanju.

Kriteriji isključenja su ozbiljniji zdravstveni problemi koji mogu utjecati na mogućnost ispunjavanja upitnika i davanje informiranog pristanka korisnika, poput težih psihičkih poremećaja i težih kognitivnih oštećenja (demencija), akutnih bolesti s visokom tjelesnom temperaturom ili poremećajem svijesti.

U istraživanje se nije uvrstila skupina korisnika koji primaju 4. stupanj socijalnih usluga smještaja u domovima za starije koji obuhvaća korisnike s demencijom, Alzheimerovom bolesti (srednji/srednje teški stadij bolesti) jer postoji značajan problem u komunikaciji koji onemogućuje njihovo ispitivanje. U istraživanje se tako nisu uvrstili ispitanici s težim kognitivnim oštećenjima i drugim težim psihičkim poremećajima, što bi moglo imati utjecaja na rezultate u svim domenama kvalitete života. U istraživanju se također nije ispitivao utjecaj kroničnih bolesti korisnika koje bi mogle utjecati na samoprocjenu kvalitete života (Lee i sur. 2009, 511–516; Dugger 2010, 112–118).

Ovo istraživanje je obuhvatilo decentralizirane ili županijske domove u Zagrebu, te bi bilo potrebno provesti ovakvo istraživanje na području cijele Hrvatske, koje će obuhvatiti i domove drugih osnivača da bi se dobila cjelovitija slika samoprocijenjene kvalitete života korisnika domova za starije osobe.

1.4.4 Postupak prikupljanja i obrade podataka

Rezultati su prikazani kao apsolutne i relativne frekvencije tablično. Kao pokazatelji deskriptivne statistike se koriste medijan kao srednja vrijednost te interkvartilni raspon kao pokazatelj disperzije. U cilju procjene statističke značajnosti razlika između skupina koristili su se neparametrijski testovi budući da domene samoprocjene kvalitete života te funkcionalna samostalnost (MBI) ne prate normalnu raspodjelu i to Mann-Whitneyev U-test ukoliko se ispituje ovisnost samoprocjene kvalitete života o nezavisnim varijablama koja se pojavljuje u 2 modaliteta te Kruskal-Walis test ukoliko se ispituje ovisnost samoprocjene kvalitete života s obzirom na nezavisne varijable koje se pojavljuju u više od

2 modaliteta. Prisutnost korelacije među numeričkim varijablama je ispitana Spearmanovim koeficijentom korelacije (ρ).

Razina statističke značajnosti postavljena je na $\alpha=0,05$, a obrada je provedena pomoću programskog paketa STATA/MP ver.15.1 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA).

Teorijski dio doktorske disertacije sadržava dosadašnje teorijske spoznaje proučavanog područja dobivene pregledom dostupne recentne i relevantne literature, preglednih, znanstvenih i stručnih članaka. U empirijskom dijelu doktorske disertacije analizirali su se i prikazali dobiveni rezultati kvantitativnom metodologijom putem dvaju strukturiranih upitnika i Upitnikom o sociodemografskom statusu korisnika domova za starije.

2 KVALITETA ŽIVOTA KORISNIKA DOMOVA ZA STARIJE

2.1 Ocjena dosadašnjih istraživanja na razmatranom području

Prema podacima Ujedinjenih naroda (UN) broj osoba u dobi od 65 godina i starijih iznosio je 703 milijuna u 2019. godini, a očekuje se da će se taj broj udvostručiti do 2050. godine i iznositi više od 1,5 milijardi starijih osoba (United Nations 2020, 2). U Hrvatskoj je prema popisu stanovništva iz 2011. godine udio osoba starijih od 65 godina iznosio 17,7% u ukupnom stanovništvu, a takva zastupljenost starijih sukladno klasifikaciji UN-a svojstvena je skupini država EU-a s „vrlo starim pučanstvom“ (Tomek-Roksandić i sur. 2016, 84). Povećanje udjela osoba starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu i dalje se nastavlja te je udio osoba od 65 godina i starijih porastao na 20,8% u 2019. godini (HZJZ 2020, 309). Kontinuirani rast udjela starijih osoba predstavlja demografsku strukturu koja utječe na sustav socijalne skrbi, zdravstveni i mirovinski sustav, gospodarstvo, turizam, promet, graditeljstvo, znanost te druga područja i sustave društva (Tomek-Roksandić i sur. 2007/2008; Rechel i sur. 2013, 1–2).

Fenomen starenja utječe na kvalitetu života, te se životna dob pokazala kao značajan čimbenik u hrvatskim istraživanjima (Knurowski i sur. 2004, 753–755) tako što muškarci i mlađe starije osobe izvještavaju o boljem zdravlju i kvaliteti života. U većini hrvatskih istraživanja ipak nije bilo spolne razlike u samoprocjeni kvalitete života starijih osoba (Brajković 2010, 81; Vuletić 2011, 106; Vuletić i Stapić 2013, 54–55) za razliku od istraživanja koja su provedena u drugim državama (Knurowski i sur. 2004, 753–755; Krishnappa i sur. 2021, 276).

Istraživanje McGuinn i Mosher-Ashley (2001, 84–85) pokazuje da organizirane aktivnosti u dugotrajnoj skrbi za starije od 56 godina općenito ne povećavaju zadovoljstvo u životu korisnika, za razliku od rasonode i aktivnosti u slobodno vrijeme koje sami biraju što otvara mogućnosti razvoja i unapređenja ponude za rekreacijske potrebe starijih u institucijskom smještaju. Istraživanje Eisele i suradnika (2015, 721–722) upućuje da pojedine skupine pacijenata primjerice osobe s niskom razinom obrazovanja i bez dijagnoze depresije, posebno imaju koristi od preseljenja u instituciju za dugotrajnu skrb u odnosu na kvalitetu života. Penders i suradnici (2015, 729) ističu u svom istraživanju kako

korisnici domova za starije u Nizozemskoj dobivaju bolju palijativnu skrb od osoba koje žive u svojem domu te da se osobe koje žive u vlastitom domu suočavaju s većim rizikom hospitalizacije ili premještaja u druge ustanove skrbi u odnosu na starije osobe koje žive u domovima za starije. Pretpostavlja se da će upravo starije osobe smanjene funkcionalne samostalnosti koje su razvrstane u 3. stupanj (koji je s najvećim intenzitetom i opsegom pružanja potrebnih socijalnih usluga smještaja) tijekom 24 sata u institucijskoj skrbi imati bolje zadovoljene svoje potrebe za skrbi u odnosu na vlastiti dom, što pozitivno utječe na njihovu samoprocjenu kvalitete života.

Rezultati istraživanja Miranda i suradnika (2016, 3539–3540) pokazali su pozitivan odnos kvalitete života i porasta dobi, te je starija dob bila povezana s boljom percepcijom kvalitete života. To se može objasniti boljom prilagodbom na starost i probleme koji se javljaju sa starošću (Miranda i sur. 2016, 3539–3542). U istraživanju Degenholtz i suradnika (2008, 589) domene samoprocijenjene kvalitete života korisnika domova za starije ne pokazuju isti obrazac povezanosti promjene fizičkog zdravlja i samoprocijenjene kvalitete života, što upućuje na rezultate prethodnih istraživanja prema kojima ispitanici mogu samoprocijeniti kvalitetu svog života relativno visokom unatoč tomu što su objektivno bili lošeg zdravlja. To se može objasniti činjenicom da se osobe starije životne dobi prilagođavaju pogoršavanju zdravlja i to kompenziraju održavanjem pozitivnog stava o vlastitom životu (Degenholtz i sur. 2008, 589).

Samoprocjena zdravlja u starijih osoba često ne odražava njihovo objektivno zdravstveno stanje, što tumačimo činjenicom da starije osobe zbog svoje dobi očekuju kroničnu bolest i ako ona ne uzrokuje tešku funkcionalnu onesposobljenost, ne smatraju je važnom za kvalitetu njihova života (Despot Lucanin i sur. 2011, 181). U istraživanju Lovreković i Leutar (2010, 70) starije osobe, korisnici/ce domova za starije u Hrvatskoj ukupnu kvalitetu života procijenile su osrednjom, ni pretjerano dobrom ni pretjerano lošom. Autori su utvrdili u ovom istraživanju da postoji povezanost aspekata kvalitete života i zadovoljstva uslugama doma, tako da korisnici koji su zadovoljniji uslugama doma svoju kvalitetu života procjenjuju boljom (Lovreković i Leutar 2010, 73).

Čimbenici koji utječu na kvalitetu života razlikuju se između muškaraca i žena. Razlog tome mogu biti sociodemografski čimbenici, način života i razina obrazovanja koji mogu objasniti značajan dio razlika između žena i muškaraca u određenim domenama kvalitete

života (Guallar-Castillón i sur. 2005, 1229–1240). Prema Eisele i suradnicima (2015, 721–722) razina obrazovanja korisnika ima više utjecaja na kvalitetu života nego spol. Istraživanja Khaje-Bishak i suradnika (2014, 259–261) upućuju da nema značajne razlike između spola i kvalitete života kao niti između dobi i kvalitete života među starijim osobama u izvaninstitucijskoj skrbi u Iranu. Međutim, pokazalo se u domovima za starije u SAD-u da je veća vjerojatnost kako će muškarci prijaviti tehnička i legalistička pitanja od žena koje su se više zabrinjavale zbog osobne skrbi i društveno-emocionalno-okolišnih problema (Allen i sur. 2006, 101–103). To upućuje na važnost spolne razlike pri procjeni kvalitete života korisnika domova za starije.

Prediktori koji utječu na nižu kvalitetu života starijih osoba u domovima za starije su dijagnoza depresije, smanjena funkcionalnost u aktivnostima svakodnevnog života (Barca i sur. 2011, 439–440), tjelesno oštećenje (Levasseur i sur. 2008, 7–9), neuropsihijatrijski simptomi (tj. problemi ponašanja) demencije (Cordner i sur. 2010, 5–6), niži socioekonomski status i socijalna podrška (Tseng i Wang 2001, 308–310; Chang i sur. 2010, 6–8), kognitivni poremećaj (Barca i sur. 2011, 439–440), ženski spol (Guallar-Castillón i sur. 2005, 1229–1240), povijest bolesti višestrukih komorbiditeta (Chang i sur. 2010, 6–8) i dulje trajanje boravka u domovima za starije osobe (Tseng i Wang 2001, 304–311).

Također se u istraživanju Simeão i suradnika (2018, 3931) pokazalo da se kvaliteta života starijih korisnika domova za starije osobe razlikuje prema spolu te su žene imale lošiju kvalitetu života u odnosu na muškarce, a ti rezultati su istovjetni i ostalim istraživanjima u Brazilu (Vitorino i sur. 2012, 1190). Isto tako, istraživanja kvalitete života starijih osoba diljem svijeta uključujući Vijetnam, Maleziju i Tursku pokazala su da su žene imale nižu kvalitetu života u odnosu na muškarce (Onunkwor i sur. 2016, 5–9; Taş i Toprak, 2018, 552; Dung i sur. 2020, 4–6). Slijedom toga može se utvrditi da se u dosadašnjim istraživanjima samoprocjena kvalitete života starijih osoba po ispitivanim domenama razlikuju u odnosu na spol, funkcionalnu samostalnost, mentalno zdravlje, zastupljene zdravstvene poteškoće i druge čimbenike (Dugger 2010, 112–118; Barca i sur. 2011, 439–440; Vitorino 2012, 1190; Mares i sur. 2016, 11–12; Miranda i sur. 2016, 3539–3542).

Pretraživanjem literature nije se pronašlo da je u Hrvatskoj provedeno i objavljeno slično istraživanje koje povezuje kvalitetu života starijih osoba u domovima za starije osobe sa

stupnjem socijalnih usluga smještaja. Slijedom toga, u ovom istraživanju je samoprocjena odabranih domena kvalitete života starijih osoba povezana s fokusiranim gerontološko-javnozdravstvenim pokazateljima kao što su primjerice spol, dob, funkcionalna samostalnost, stupanj socijalnih usluga smještaja koji primaju korisnici u pet odabranih decentraliziranih domova za starije u gradu Zagrebu.

2.2 Starost i starenje

Brojne teorije iz literature koje su ovdje iznesene ukazuju da postoje različite definicije procesa starenja. Starost i starenje dva su pojma koja često izgovaramo zajedno pri čemu često ne uočavamo razliku u njihovom značenju (Lovreković i Leutar 2010, 55).

Zbog svojih specifičnosti, starenje je oduvijek bilo tema koja je zanimala znanstvenike s različitih područja pa se tako tijekom povijesti razvilo oko 300 teorija starenja koje je objašnjeno s različitih aspekata poput biokemijskih, molekularnih, neuroloških i funkcijskih (Duraković i sur. 2007, 7). Međutim, unatoč brojnim teorijama starenja još uvijek nema cjelovitog odgovora zašto starimo i kako kvalitetno produžiti životni vijek (Duraković i sur. 2007, 6).

Carver i Buchanan (2016, 1623) starenje objašnjavaju kao putovanje kroz vrijeme koje započinje s rođenjem, međutim svijest o starenju potiču smrt starije bliske osobe, prvi znakovi slabosti ili ozbiljne bolesti.

Životni vijek neprestano se produžava, o čemu nam govore povijesni podatci prema kojima je u starijem kamenom dobu prosječni životni vijek iznosio 18 godina. Stari Egipćani živjeli su oko 29 godina, u Kristovo vrijeme oko 30 godina, iako je i u ta vremena bilo i osoba koje su doživjele duboku starost, ali je to bilo iznimno. Prije petstotinjak godina prosječni životni vijek je bio oko 35 godina, početkom 20. stoljeća prosječni životni vijek iznosio je oko 50 godina, da bi se krajem 20. stoljeća približio granici od 80 godina (Duraković i Mišigoj-Duraković 2006, 213–214).

Starost predstavlja posljednju fazu života za koju se obično smatra da započinje otprilike između 60. i 70. godine, a često se spominje i da starost započinje u dobi od 65 godina kada većina zaposlenih odlazi u mirovinu (Freund i Riediger 2003, 601). Starije osobe su heterogena skupina tako da mnogi još izgledaju i osjećaju se mlado, a neki već dulje vrijeme staro. Tako i unutar jedne osobe starenje ne predstavlja jedinstveni proces (Freund

i Riediger 2003, 602). Starost je složen proces koji karakteriziraju interindividualne i intraindividualne promjene (Freund i Riediger 2003, 602).

Autori Freund i Riediger (2003, 609) starost su definirali kroz četiri životne faze u koje spadaju kognitivno funkcioniranje, fiziološke promjene, društveni odnosi i svakodnevna sposobnost rješavanja problema. U zaključku rasprave u svom radu autori su naveli tri najznačajnije karakteristike starosti:

- Sa starenjem se povećava vjerojatnost razvojnih gubitaka, odnosno dolazi do razvoja primjerice akutnih i kroničnih bolesti, kognitivnog pogoršanja, gubitka socijalnih partnera i gubitka sposobnosti za samostalan život. Sa starošću omjer dobitaka i gubitaka je sve negativniji.
- Starost nije ujednačen proces zbog velikog stupnja različitosti (heterogenosti) među osobama i unutar njih te stoga proces starenja različito utječe na različite funkcionalne domene.
- Starije osobe u svojim šezdesetim i sedamdesetim godinama imaju relativno visoku razinu funkcioniranja u različitim životnim fazama za razliku od osoba od 85 i više godina kod kojih negativni učinci starenja postaju sve izraženiji. Zbog toga je važno razlikovati dobnu skupinu u kojoj se nalazi starija osoba (Freund i Riediger 2003, 609).

Starenje ovisi o fiziološkim, društvenim, psihološkim, ekonomskim, ekološkim i kulturnim čimbenicima koji utječu na životni tijek kao i na kvalitetu života (Kengnal i sur. 2019, 3589). Brajković u svojoj doktorskoj disertaciji navodi kako je starenje rezultat postupnog gubitka određene životne energije (Brajković 2010, 1), ali i da je starenje „proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi“ (Brajković 2010, 3).

Starije osobe definiraju se na različite načine pa se u statističkim podacima o starenju starije osobe kategoriziraju kao osobe iznad određene životne dobi. Tako Ujedinjeni narodi (United Nations 2020) u Starenju svjetskog stanovništva 2019. (*World Population Ageing* 2019) definiraju starije osobe kao osobe u dobi od 60 ili 65 i više godina (United Nations 2020) za razliku od Svjetske zdravstvene organizacije koja navodi da se starije osobe u razvijenim državama definiraju kao one osobe koje imaju 65 i više godina (Eurostat 2020, 9).

U publikaciji *Ageing Europe — Looking at the lives of older people in the EU* (Europa koja stari — Pogled na živote starijih osoba) (Eurostat 2020, 9) za definiciju starijih osoba koristili su sljedeću terminologiju:

- starije osobe su one u dobi od 65 i više godina,
- vrlo stare osobe su one u dobi od 85 i više godina (Eurostat 2020, 9).

Ujedinjeni narodi definiraju starost kao dob od 60 i više godina. Uobičajeno se smatra da su starije osobe one koje imaju 65 i više godina (Duraković i sur. 2007, 2). Ovu kronološku dob za definiciju starijih osoba prihvatila je većina razvijenih zemalja s obzirom na to da se može povezati s dobi u kojoj se može početi primati mirovina. Međutim, upotreba kalendarske dobi kojom se označava granica za stariju dob ne znači da istovjetna biološka starost započinje sa 65 godina (Baernholdt i sur. 2012, 2).

Za Durakovića i suradnike (2007, 2) ovakva podjela nije idealna s obzirom na to da su biološka i kronološka dob sve rjeđe usklađene te smatra da se starost treba definirati na osnovu biološke, a ne kronološke dobi. Svjetska zdravstvena organizacija starost dijeli na osnovu kronološke dobi u tri skupine: starije su osobe one od 60 do 75 godina, stare osobe one od 76 do 90 godina, a vrlo stare bi bile osobe od 90 godina i starije (Duraković i sur. 2007, 2).

Kronološka dob definira se kao količina vremena koja je protekla od rođenja do smrti i predstavlja glavni način definiranja dobi (Maltoni i sur. 2022, 1). Za razliku od kronološke dobi, biološka dob se ne odnosi na proteklo vrijeme nego i biološke i fiziološke čimbenike poput genetike, životnih navika, komorbiditeta i slično (Maltoni i sur. 2022, 1).

Kao što je već ranije navedeno, starenje stanovništva ponajprije je rezultat produljenja očekivanoga životnog vijeka odnosno dugovječnosti i dugotrajnog pada stope fertiliteta. Povećanje očekivanoga životnog vijeka rezultat je niza čimbenika kao što su (Eurostat 2020, 8):

- smanjenje smrtnosti djece,
- javnozdravstveni napredak i razvitak medicinske tehnologije,

- povećana svijest javnosti o dobrobitima zdravih životnih navika,
- odmak od teškog rada prema neproizvodnim zanimanjima,
- poboljšani uvjeti života (Eurostat 2020, 8).

Navedene promjene su dovele do demografskog starenja odnosno sve većeg broja i udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji, za većinu starijih osoba to znači da će moći uživati u dodatnim godinama života posebice ako su povezane s dobrim zdravljem (Eurostat 2020, 8). Posljedica smanjenja stope plodnosti (fertiliteta) i povećanja dugovječnosti je kontinuirano starenje stanovništva (World Health Organization 2002, 7).

Christensen i suradnici (2009, 8) u svom radu pitaju se živimo li ne samo dulje, nego i bolje? Kada su u pitanju osobe mlađe od 85 godina, većina dokaza upućuje na odgađanje ograničenja i invaliditeta unatoč tomu što su u porastu kronične bolesti i stanja. To znači da osobe mlađe od 85 godina žive dulje i ukupno mogu dulje biti neovisne i upravljati svojim svakodnevnim aktivnostima nego prethodne skupine.

Kada su u pitanju osobe od 85 godina i starije, situacija nije potpuno jasna. Dosadašnji mali broj podataka ukazuje na zabrinutost kako iznimno duga životna dob ima loše reperkusije kako za pojedinca tako i za društvo u cjelini. Prema autorima Christensen i sur. (2009, 8) postoje dvije hipoteze o odnosu osoba u kasnoj dobi i nesposobnosti. Prema hipotezi neuspjeha, starije osobe koje dožive visoku starost imat će više bolesti i nesposobnosti u toj dobi. S druge strane, prema alternativnoj hipotezi, kod iznimno starih osoba koje dožive visoku dob dolazi do odgađanja kognitivnih i tjelesnih nesposobnosti i te osobe općenito žive uspješno.

Starenje može biti primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje nazvano još i intrinzičnim starenjem kod kojeg dolazi do progresivnog pogoršanja tjelesne strukture i biološke funkcije i koje se događa tijekom procesa starenja. Sekundarno starenje je pak ubrzano propadanje funkcije i strukture organa uzrokovano najčešće kroničnim nezaraznim bolestima (Fontana i Klein 2007, 987).

Prema Kolovou i suradnicima (2014, 1) starenje se često definira kao skup promjena koje smanjuju ljudski životni vijek i može se podijeliti na primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje odnosi se na zbroj promjena koje se događaju tijekom vremena od

začeca do smrti, poput primjerice usporenih pokreta, slabljenja sluha i vida, povećane osjetljivosti na infekcije, slabije mogućnost prilagodbe na stres i drugo. Sekundarno starenje posljedica je degenerativnih bolesti i loših životnih navika poput neprovođenja tjelesne aktivnosti, pušenja, alkoholizma, debljine, prekomjernog unosa nezdravih masnoća i drugih oblika samooštećenja (Kolovou i sur. 2014, 2). Na općoj razini, ljudi koji stare umiru od kroničnih nezaraznih bolesti koje su povezane sa starenjem. Riječ je primjerice o bolestima poput zatajenja srca, moždanog udara, srčanog udara, šećerne bolesti, karcinoma, Alzheimerove bolesti, Parkinsonove bolesti, osteoporoze i osteoartritisa (Kolovou i sur. 2014, 1).

Duraković i suradnici (2007, 428) smatraju da se razlikuju tri vrste starenja:

- tijekom biološkog starenja dolazi do promjena koje s vremenom usporavaju funkcije organizma,
- psihološko starenje karakteriziraju promjene u psihičkim funkcijama kako bi se osoba prilagodila procesu starenja,
- tijekom socijalnog starenja dolazi do promjena u odnosu osobe koja stari i društva u kojem živi.

Starost predstavlja različito iskustvo za svaku osobu. Za jedne će to biti ugodno, a za druge loše iskustvo, a kakva će starost biti ovisi o objektivnim čimbenicima života starije osobe kao i o subjektivnoj percepciji te stvarnosti. Iskustvo ugodne starost autori nazivaju kao „jesen dubokih, ali svijetlih tonova“ (Xavier i sur. 2003, 32).

Starenje je normalan proces i ne predstavlja bolesno stanje te je vrlo malo zdravstvenih stanja koja su posljedica starenja. Sa starenjem ljudsko tijelo je sve manje u mogućnosti prilagoditi se različitim stresovima koji onda mogu uzrokovati pogoršanje zdravlja. S obzirom na to da se s porastom dobi javlja sve veći broj bolesti, posebice kroničnih, loše zdravlje se često povezuje sa starenjem (Bloom i Klein 2013, 4).

Iako je većina osoba starije životne dobi funkcionalno samostalna i imaju manje akutnih zdravstvenih problema u odnosu na mlađe osobe, kada se takvi problemi jave, često su ozbiljniji i dulje traju. U takvoj situaciji starije osobe provode više dana u krevetu, konzumiraju velik broj receptnih i bezreceptnih lijekova i duže su hospitalizirani (Bloom i

Klein 2013, 5). S porastom dobi događa se sve veći broj zdravstvenih problema i funkcionalnih ograničenja tako da osobe starije od 85 godina najčešće prijavljuju više bolesti i funkcionalnih ograničenja u odnosu na mlađe osobe (Bloom i Klein 2013, 5). Zdravstveno stanje koje za mladu osobu može biti relativno bezazleno, poput upale pluća ili prijeloma kuka, kod starije osobe može uzrokovati komplikacije opasne po život (Bloom i Klein 2013, 5).

Starenje predstavlja univerzalan proces koji utječe na svakog pojedinca, obitelj i na društvo u cjelini (Qadri i sur. 2013, 514; Karmakar i sur. 2018, 95), a povezano je s povećanim rizikom od bolesti, invaliditeta, smanjenjem funkcionalne sposobnosti, a na kraju i smrti (Karmakar i sur. 2018, 95). Funkcija organa sa starenjem se smanjuje, a imunološki sustav slabije reagira što u konačnosti dovodi do povećane osjetljivosti na moguće zdravstvene izazove (Bloom i Klein 2013, 5).

Prema Whitbourne (2002, 1) starenje je proces u koji su uključene brojne inherentne promjene koje mogu imati pojedinačne, ali i kumulativne učinke na identitet pojedinca. Starenje stanovništva rezultat je smanjenja udjela djece i mladih te povećanje udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji (World Health Organization 2002, 6).

Posljedica starenja u zemljama u razvoju očituje se u promjenama obiteljske strukture na takav način da su obitelji manje, u promjenama uloga u obitelji zbog zapošljavanja žena, što ima za posljedicu manje osoba koje se mogu brinuti o starijim osobama, a povezano je s urbanizacijom i migracijama mladih osoba u potrazi za poslom (World Health Organization 2002, 11). Sa starenjem stanovništva populacijska piramida koja je ranije bila trokutastog oblika mijenja se u cilindrični oblik (World Health Organization 2002, 6).

Proces demografskog starenja priča je o ljudskom uspjehu i jednom od najvećih trijumfa čovječanstva, ali istovremeno sve veći udio starijih osoba u ukupnom stanovništvu predstavlja niz ekonomskih izazova za društva u cjelini (World Health Organization 2002, 6; Eurostat 2020, 8). Starenje stanovništva osim priče o uspjehu uzrokuje i zabrinutost zbog društvenih i ekonomskih promjena povezanih sa starenjem, iako starije osobe mogu dati pozitivan doprinos društvu (Di Gessa 2011, 1). Produljenje prosječnoga životnog vijeka smatra se jednim od najvažnijih dostignuća u novijoj ljudskoj povijesti, ali istodobno predstavlja nove izazove društvenog razvoja kako bi se razvile politike koje

osiguravaju uvjete za omogućavanje neovisnog i integriranog života za sve veći broj starijih osoba (Freund i Riediger 2003, 603).

Harman definira starenje kao posljedicu akumulacije različitih promjena u tijelu koje se događaju tijekom vremena i koje uzrokuju povećanje mogućnosti bolesti i smrti pojedinca (Harman 2001, 2). Sgarbieri i Bertoldo Pacheco (2017, 2) definiraju starenje kao funkcionalne i strukturne promjene koje nisu ovisne o vremenu. Te su promjene kumulativne, intrinzične, progresivne, i štetne (CUPID), a obično se počinju manifestirati u reproduktivnoj dobi i u konačnici završavaju smrću. Ovaj koncept najlakše je zapamtiti mnemotehničkom metodom kratice CUPID (kumulativno, progresivno, intrinzično i štetno; engl. *cumulative, progressive, intrinsic and deleterious*).

Fontana i suradnici (2010, 1) definiraju starenje kao složen proces povezan s nakupljanjem oštećenja, gubitkom funkcije i povećanom osjetljivošću na bolesti, što u konačnici dovodi do smrti. Fontana i Klein (2007, 986) starenje definiraju kao rezultat progresivnog propadanja višestrukih organskih sustava koji utječu na reproduktivnu, metaboličku, kognitivnu i tjelesnu funkciju i u konačnosti na preživljavanje. Starenje predstavlja složen proces na individualnoj i populacijskoj razini. Kako pojedine osobe na populacijskoj razini ne stare jednako tako niti organi i tkiva pojedinaca ne stare istom brzinom (Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 2).

Starenje također karakterizira progresivni gubitak fiziološkog integriteta koji dovodi do slabljenja funkcije i povećanja smrtnosti. Ovo pogoršanje primarni je rizični čimbenik za razvoj kroničnih nezaraznih i neurodegenerativnih bolesti (Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 3). U posljednjih nekoliko godina istraživanje starenja doživljava i dodatni napredak s obzirom na otkriće da je brzina starenja kontrolirana djelom genetskim čimbenicima i biokemijskim procesima sačuvanim u evoluciji (Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 3). Starenje je normalan, kontinuiran i nepovratan proces (Qadri i sur. 2013, 514; Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 16) koji započinje u maternici, prolazi kroz sve životne faze i završava fizičkom smrću (Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 16).

Zdravo biološko starenje opisano kao ono koje ovisi o kombinaciji složenih reakcija i biokemijskih i fizioloških procesa obuhvaća:

1. nasljedne osobine uključujući genetske čimbenike i njihove mogućnosti prilagodbe i modifikacije i
2. utjecaj okolišnih čimbenika od kojih su najvažnije prehrana i životne navike osobe (Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 16).

Povećanje životnog vijeka ponajprije je povezano s napretkom medicine, farmakologije i istraživanja u prehrani i prehrambenoj tehnologiji (Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 16). Sgarbieri i Bertoldo Pacheco (2017, 18) u svojoj studiji o zdravom starenju zaključuju:

- Proces starenja rezultat je nakupljanja staničnih i makromolekularnih oštećenja unutar stanica te nije genetski programiran.
- Oštećenje stanica mogu pogoršati vanjski čimbenici, primjerice stres i nutritivno siromašna prehrana mogu ubrzati proces starenja. Negativno zdravstveno ponašanje kao pušenje i pretilost povezani su sa smanjenjem duljine telomera na kraju DNA potencijalnoga biološkog markera procesa starenja.
- Još uvijek postoji ograničeno razumijevanje mehanizama na molekularnoj razini kojima hranjive tvari ili drugi bitni nutritivni sastojci prehrane utječu na molekularna i stanična oštećenja koja su odgovorna za biološko starenje. Sve upućuje da antioksidativne komponente hrane pružaju zaštitu od ranije navedenih oštećenja (Sgarbieri i Bertoldo Pacheco 2017, 18).

Mišićna napetost i tjelesna izdržljivost u osoba starijih od 65 godina smanjuje se kao posljedica starenja i čini svega 75-85% vrijednosti koja se može postići u dobi između 20. i 30. godine života (Kuska 2018, 57). Prihvatanjem zdravih životnih navika kao i razvojem medicine i medicinske tehnologije te poboljšanjem sanitarnih i higijenskih uvjeta produljuje se životni vijek stanovništva, a time se povećava i broj starijih osoba (Kuska 2018, 55; Lee i sur. 2018, 250). Javnozdravstvene kampanje u kojima se potiče na preventivne preglede također utječu na smanjenje broja preuranjenih smrti, a time i na produljenje životnog vijeka (Kuska 2018, 55).

Na temelju pregleda literature, Fuellen i suradnici (2019, 894) starenje definiraju kao skup svih bioloških procesa koji se događaju u pojedincu, a smanjuju njegovo blagostanje, zdravlje i preživljavanje, odnosno definiraju starenje kao one procese koji započinju rano u životu i akumuliraju se tijekom vremena te pridonose bolesti, disfunkciji ili smrti (Fuellen i

sur. 2019, 895). Autori smatraju da su različite životne situacije, poput primjerice prijevremenog poroda, tijeka bolesti progeroidnih sindroma, prometne nesreće, preseljenja u ugrožena zemljopisna područja, kao i gubitak društvenih interakcija procesi starenja (Fuellen i sur. 2019, 895).

U teoriji starenja Fuellen i sur. (2019, 895) navode definiciju koja ne isključuje da su dio procesa starenja i vanjske nesreće, kao i nesreće povezane s ratom ili zločinom, ako je posljedica njihovih djelovanja bolest, disfunkcija ili smrt. Autori to objašnjavaju time da su u određenom opsegu prometne nesreće i ratne štete uzrokovane izvana, ali su dijelom ovisne o intrinzičnim i biološkim karakteristikama, odnosno primjerice prometna nesreća je češća s obzirom na rizično ponašanje, a manjim dijelom s obzirom na kognitivne sposobnosti i može varirati s godinama (Fuellen i sur. 2019, 895).

Prema Kuska (2018, 57) proces starenja se može podijeliti na fiziološko i socijalno (društveno) starenje. Fiziološko starenje povezano je s manjom tjelesnom aktivnošću i smanjenom mogućnošću prilagodbe pojedinih tjelesnih funkcija i organa. Fiziološke promjene koje se događaju tijekom starenja dovode do smanjenja funkcionalne sposobnosti organizma i povećane osjetljivosti na akutne i kronične bolesti, što je posebice vidljivo u dubokoj starosti kod osoba od 85 godina i starijih. Fiziološko starenje je karakteristika svih osoba, ali se promjenom životnih navika u određenom opsegu može usporiti (Freund i Riediger 2003, 603).

Socijalno starenje povezano je s promjenom interesa starijih osoba kao i s mogućnošću bavljenja različitim oblicima aktivnosti (Kuska 2018, 57). Redovita tjelesna aktivnost važan je čimbenik koji utječe na uspješno starenje na takav način da odgađa proces starenja. Redovita tjelesna aktivnost može spriječiti ili odgoditi nastanak kroničnih nezaraznih bolesti (Kuska 2018, 58). Osobama svih dobnih skupina pa tako i onim najstarijima preporučuje se redovito bavljenje tjelesnom aktivnošću. Kod starijih osoba tjelovježba može povećati aerobnu učinkovitost, potaknuti snagu mišića, poboljšati fleksibilnost, ravnotežu i koordinaciju pokreta (Kuska 2018, 59). Kuska (2018, 62) navodi u svom istraživanju kako je nužno pratiti bavljenje tjelesnom aktivnošću starijih osoba u kontekstu uspješnog starenja s ciljem osiguranja optimalnih okolnosti za aktiviranje starijih osoba i time smanjiti troškove zdravstvene i socijalne zaštite.

Vrhunac funkcijske sposobnosti u prosječnoj populaciji dostiže se u dobi od 30 godina, a nakon toga dolazi do njezinog postupnog smanjenja. Valja naglasiti kako organski sustavi funkcijsku sposobnost gube različitom brzinom. Smanjenje funkcije pojedinih organa slični su onima koji nastaju zbog neaktivnosti. Tako se smatra da se u stanovništvu razvijenih država najmanje 50% promjena pripisanih starenju u stvari može pripisati atrofiji koja se dešava zbog neaktivnosti (Duraković i sur. 2007, 515).

Broj kroničnih bolesti povećava se s porastom životne dobi te se smatra da gotovo 80% osoba od 65 godina i starijih ima nekoliko kroničnih bolesti. S obzirom na to da se tijekom starenja i razvijanjem sve većeg broja bolesti dešavaju fiziološke promjene, tjelesna aktivnost ima nekoliko ciljeva:

- održavanje kao i poboljšanje funkcijske sposobnosti,
- prevenciju, liječenje i/ili rehabilitaciju uslijed mnogih akutnih i kroničnih bolesti (Duraković i sur. 2007, 518).

Prije nego se osoba starije životne dobi počne redovito baviti tjelesnom aktivnošću, svakako je važno obaviti liječnički pregled i u dogovoru s liječnikom i/ili kineziologom izabrati vrstu i intenzitet vježbanja vodeći računa o životnoj dobi, spolu kao i kondiciji. Poseban oprez je potreban kod starijih osoba koje se nikada nisu bavile redovitom tjelesnom aktivnošću (Duraković i sur. 2007, 520). Duraković i suradnici (2007, 520) također smatraju da se osoba može baviti tjelesnom aktivnošću dok god je živa te da kronološka dob nije prepreka za provođenje tjelesne aktivnosti.

Za starije osobe preporučuju se sljedeće vrste tjelesne aktivnosti:

- hodanje
- trčanje,
- plivanje,
- sobna gimnastika,
- vožnja biciklom,
- stolni tenis,
- tenis,

- skijanje (Duraković i sur. 2007, 512).

Veliki interes za proučavanje starenja potaknuto je produljenjem životnog vijeka, povećanjem relativnog i apsolutnog broja starijih osoba u ukupnoj populaciji te udjela nacionalnih izdataka koji koriste starije osobe (Weinert i Timiras 2003, 1706). Dosadašnja istraživanja na području starenja razvila su brojne teorije koje objašnjavaju uzrok i proces starenja što je dovelo do zaključka da je starenje složeni i multifaktorijalan proces (Weinert i Timiras 2003, 1706).

Proces starenja definiran kao gubitak funkcija tkiva i organa tijekom vremena privlačilo je pozornost i znatiželju kroz povijest čovječanstva (López-Otín i sur. 2013, 1194). Tijekom starenja događaju se brojne promjene na organima i organskim sustavima nazvane još i atrofičnim i degenerativnim promjenama (Duraković i Mišigoj-Duraković 2006, 214). Nakon početnih promjena pojedinih organa, slijede njihove morfološke promjene. Promjene koje se dešavaju s porastom dobi svrstane su u sljedeće:

- promjene organa kao posljedica bolesti,
- fiziološko starenje, odnosno promjene organa nastale kao posljedica starenja organizma,
- istovremene promjene organa kao posljedica bolesti i procesa starenja (Duraković i Mišigoj-Duraković 2006, 214).

Tijekom starenja dolazi do promjena u tjelesnoj masi koja se povećava s godinama, a smanjuje u visokoj podmakloj dobi. Povećanje tjelesne mase događa se zbog povećanja masnog tkiva pa tako u mlađoj dobi kod muškaraca masno tkivo čini oko 15% tjelesne mase, tijekom godina dolazi do povećanja masnog tkiva te ono u dobi od 75 godina kod muškaraca iznosi oko 36%. Slično se događa i kod žena pa je kod mlađih žena 33% masnog tkiva, a u dobi od 75 godina iznosi prosječno 45% (Duraković i Mišigoj-Duraković 2006, 214).

U posljednje vrijeme starenje je podvrgnuto znanstvenim istraživanjima temeljenim na molekularnim i staničnim osnovama života i bolesti (López-Otín i sur. 2013, 1194). Autori López-Otín i suradnici (2013, 1194–1208) u svom su istraživanju identificirali i podijelili

stanične i molekularne karakteristike u devet čimbenika za koje se općenito smatra da utječu na proces starenja organizma i zajednički određuju fenotip starenja. To su:

- genomska nestabilnost,
- trošenje telomera,
- epigenetske promjene,
- gubitak proteostaze,
- deregulirani senzor hranjivih tvari,
- disfunkcija mitohondrija,
- stanična senescencija,
- iscrpljenost matičnih stanica,
- promijenjena međustanična komunikacija (López-Otín i sur. 2013, 1194–1208).

Starenje stanovništva na globalnoj razini utjecat će kako na demografsku sliku stanovništva tako i na zdravstvene troškove (Ansah i sur. 2015, 1). Medicinski napredak utjecao je na poboljšanje zdravlja i produljenje životnog vijeka, što je kao rezultat dovelo do povećanog broja starijeg stanovništva na globalnoj razini (Ansah i sur. 2015, 1).

Starenje stanovništva jedno je od najvećih civilizacijskih dostignuća nastalo kao posljedica gospodarskog i društvenog razvoja, poboljšanja zdravstvene i socijalne zaštite, prevencije i kontrole bolesti kao i smanjenja rizika od prerane smrti. Produljenje životnog vijeka i smanjenje stope fertiliteta rezultiralo je pomakom u dobnoj raspodjeli stanovništva s mlađe na stariju dob (United Nations 2020, 1).

Aktualnu svjetsku populaciju obilježavaju četiri „megatrenda“ među kojima su uz starenje stanovništva i rast stanovništva, urbanizacija i međunarodne migracije. Svaki od ova četiri „megatrenda“ imat će velike implikacije na održivi razvoj u nadolazećem periodu (United Nations 2020, 1).

2.2.1 Teorije starenja

Iako postoje brojne teorije starenja one se međusobno ne isključuju i mogu adekvatno opisati neke ili sve značajke normalnog procesa starenja, same ili u kombinaciji s drugim teorijama te nude dublje poglede na proces starenja (Weinert i Timiras 2003, 1706). Prema Weinert i Timiras (2003, 1706) teorije koje objašnjavaju proces starenja grupirane

su u nekoliko kategorija, a neke od najčešće korištenih su programirana teorija starenja i teorija pogreške.

Postoje brojne teorije koje objašnjavaju proces starenja, ali ni jedna teorija do sada nije u potpunosti objasnila taj proces (Duraković i sur. 2007, 3). Prema Durakoviću i suradnicima (2007, 3) teorije starenja mogu se podijeliti u nekoliko skupina:

- skupina genetskih teorija,
- skupina fizioloških teorija,
- skupina promjena u funkciji organa.

U genetske teorije starenja spadaju:

- teorija pogreške,
- teorija somatske mutacije,
- teorija programiranog starenja.

Očekivano trajanje života za neke autore je genetski predodređeno.

Fiziološke teorije starenja čine:

- teorija slobodnih radikala,
- teorija križne povezanosti,
- teorija nakupljanja otpadnih tvari.

Skupinu promjena u funkciji organa čine:

- imunološka teorija starenja,
- neuroendokrinološka teorija starenja (Duraković i sur. 2007, 5).

2.2.2 Demografski pokazatelji starenja

Sa starenjem stanovništva povećava se apsolutni broj starijih osoba, povećava se očekivani životni vijek zdravog života, a posljedično će doći do smanjenja broja radno sposobnih

osoba. Demografske promjene imaju svoje pozitivne i negativne strane, ali i donose nove mogućnosti s obzirom na dulji životni vijek i produljeni radni vijek. Kako bi društva odgovorila na sve izazove demografskih promjena, prilagodbe se moraju događati na individualnoj, organizacijskoj i društvenoj razini (Bloom i sur. 2011, 1).

Čimbenici koji utječu na starenje stanovništva:

- Povećana dugovječnost. U razdoblju od 1950. do 2005. godine očekivani životni vijek produljio se za dva desetljeća.
- Smanjenje plodnosti. Istovremeno, došlo je do ukupnog pada stope plodnosti s petero djece po ženi koja je bila 1950., na oko 2,5 djece 2005. godine.
- Starenje „*baby boom*“ generacije. Došlo je do starenja velikog broja djece rođene nakon Drugoga svjetskog rata (Bloom i sur. 2011, 1).

Uz ove nabrojene čimbenike javlja se i „kompresija morbiditeta“ (Bloom i sur. 2011, 1). Posljedica smanjenja stope plodnosti i smanjenja obitelji s više djece jest porast udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji (Bloom i sur. 2011, 1).

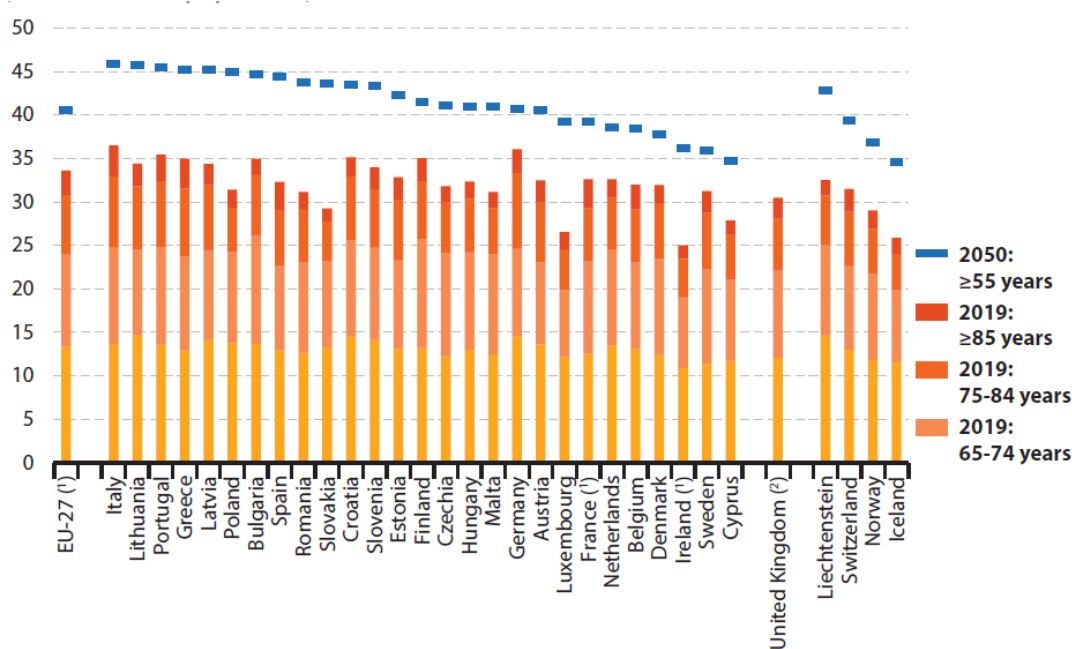
Prema podacima Eurostata (2020, 8) u Europskoj uniji početkom 2019. godine živjelo je 90,5 milijuna osoba starije životne dobi (definirane kao osobe od 65 godina i starije), što čini 20,3% ukupnog stanovništva ili otprilike petinu ukupnog stanovništva. Predviđanja govore da će se broj starijih osoba u sljedeća tri desetljeća neprestano povećavati i 2050. godine doseći 129,8 milijuna stanovnika te će se i njihov relativni udio u ukupnom stanovništvu povećati i doseći 29,4% (Eurostat 2020, 8).

Predviđanja govore da će se u razdoblju od 2019. do 2050. broj osoba u dobi od 65 do 74 godine povećati za 16,6%, a broj osoba u dobi od 74 do 84 godine povećat će se za 56,1%. Najbržim tempom porast će broj osoba od 85 i više godina te će se njihov broj u razdoblju od 2019. do 2050. udvostručiti, odnosno povećati s 12,5 milijuna na 26,8 milijuna u 2050. godini. Isto tako očekuje se i porast broja stogodišnjaka definiranih kao osobe od 100 i više godina s 96.600 u 2019. na oko pola milijuna (484.000) do 2050. godine (Eurostat 2020, 17).

Suprotno od porasta broja osoba od 65 i više godina, u populaciji osoba mlađih od 55 godina očekuje se smanjenje za 13,5% do 2050. godine. Udio osoba od 55 godina i starijih činio je nešto više od trećine ukupnog stanovništva (33,6%) Europske unije (EU-27), a predviđanja govore da će se taj broj povećati do 2050. godine na 40,6% (Eurostat 2020, 18).

Najveći broj osoba od 55 i više godina zabilježen je u Italiji (36,5%), a najmanji broj osoba od 55 godina i starijih u Irskoj (25,0%). Na osnovi projekcija, očekuje se da će u 2050. godini najveći udio osoba od 55 i više godina biti u Italiji (45,9%), a nešto više od 45% u Litvi, Portugalu, Grčkoj i Latviji (Eurostat 2020, 18) (slika 1).

Slika 1: Raspodjela osoba u dobi ≥ 55 godina, prema dobnoj skupini, 2019. i 2050. u EU-27 (% udjela u ukupnom stanovništvu)



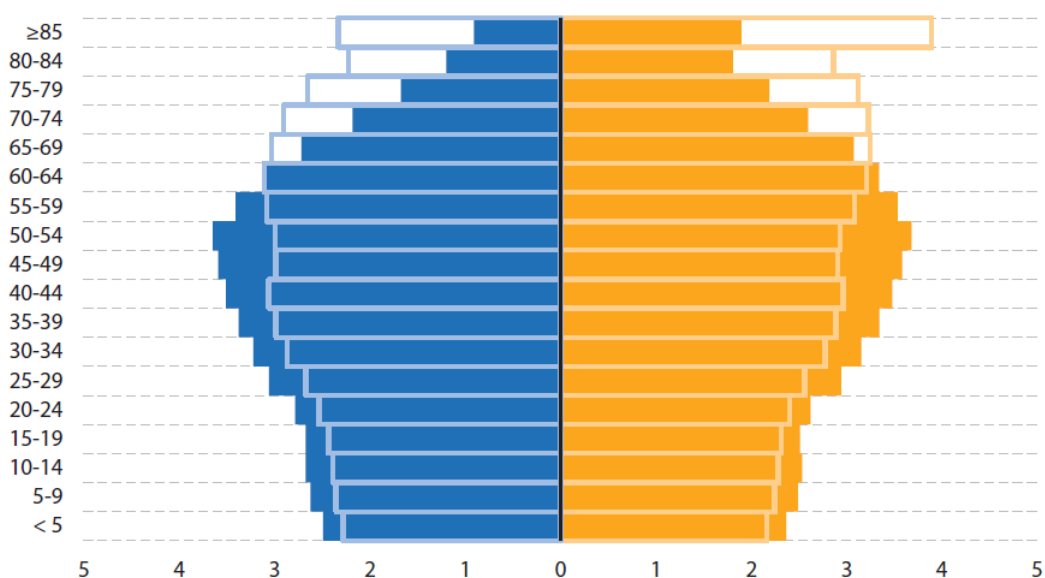
Izvor: Eurostat 2020.

Jedno od najvećih životnih dostignuća 20. stoljeća predstavlja izuzetan porast od oko 30 godina očekivanog životnog vijeka u SAD-u, Kanadi, Australiji, Japanu i zapadnoj Europi posebice u Španjolskoj i Italiji. Prema podacima o ljudskoj smrtnosti (*Human Mortality Database*), stope smrtnosti u državama koje su vodeće po očekivanom životnom vijeku poput Japana, Španjolske i Švedske, upućuju da će tri četvrtine novorođene djece preživjeti do svoje 75. godine. Također, ako se dosadašnji tempo očekivanog životnog vijeka nastavi

tijekom 21. stoljeća, većina će djece rođene od 2000. godine doživjeti 100 godina Christensen i sur. 2009, 1.

Ovi podatci se odnose na prognoze koje su temeljene na pretpostavci kako će smrtnost prije 50. godine ostati na očekivanoj razini iz 2006. godine. Vjerojatnost umiranja u dobi od 50 i više godina smanjuje se godišnjom stopom poboljšanja očekivanoga životnog vijeka za 0,2 godine (Christensen i sur. 2009, 1).

Slika 2: Piramide stanovništva, EU-27, 2019. i 2050. (% udjela u ukupnom stanovništvu)



*plava boja označava muški spol

*narančasta boja označava ženski spol

Izvor: Eurostat 2020.

Na slici 2 prikazane su dvije preklapajuće piramide za Europsku uniju (EU-27) pri čemu svaka piramida prikazuje podjelu stanovništva prema spolu i petogodišnjoj razdiobi po dobnim skupinama. Stupci odgovaraju udjelu spola i dobne skupine u ukupnom stanovništvu. Jedna piramida označena punom bojom prikazuje ukupno stanovništvo 2019. godine, a druga označena obrubljenim rubovima prikazuje projekciju za 2050. koja govori o demografskoj tranziciji u sljedeća tri desetljeća. Povećanje udjela starijih osoba u ukupnom stanovništvu može se objasniti povećanom životnom dobi, a ono što je vidljivo iz piramide projekcije za 2050. da će sve veći udio stanovništva doživjeti 85 godina i više, što se posebice primjećuje kod ženskog spola (Eurostat 2020, 18–19).

U većini svjetske populacije žene žive dulje od muškaraca i u svim dobnim skupinama žene imaju nižu stopu smrtnosti u odnosu na muškarce (Brooks-Wilson 2013, 1324). Iako se očekuje sve dulji životni vijek kod muškaraca, najvjerojatnije će žene u prosjeku i dalje biti dugovječnije u odnosu na muškarce (United Nations 2020, 2).

U prosjeku u većini država svijeta žene žive duže od muškaraca pa je tako u svijetu 75% starijih žena u dobi od 100 godina, odnosno 90% u dobi od 110 godina su žene (Kolovou i sur. 2014, 2). Prema podacima Eurostata za 2018. (2020, 51), očekivanja govore da bi žene u EU-27, u dobi od 65 i više godina mogle živjeti dodatnih 21,6 godina, a muškarci te dobi nešto manje, dodatnih 18,1 godinu. Gledajući pojedinačno između država članica EU-27, žene u Francuskoj u dobi od 65 i više godina mogle bi živjeti dodatnih 23,8 godina, a muškarci 19,7 godina.

Starenje stanovništva predstavlja globalni fenomen pri čemu gotovo sve zemlje u svijetu bilježe porast broja starijih osoba u populaciji. Prema podacima Ujedinjenih naroda (United Nations 2020, 2) u 2019. godini u svijetu je zabilježeno 703 milijuna osoba u dobi od 65 godina i starijih, a predviđanja govore da će se taj broj u 2050. povećati na 1,5 milijardi. Broj osoba od 65 godina i starijih u svijetu neprestano raste pa ih je tako u 1990. bilo 6%, u 2019. godini 9%, a u 2050. godini očekuje se porast na 16%. To pretpostavlja da će svaka šesta osoba u svijetu u 2050. godini imati 65 i više godina (United Nations 2020, 2). Između 1990. i 2019. godine u svijetu se broj osoba u dobi od 80 i više godina gotovo utrostručio i porastao s 54 milijuna na 143 milijuna, a predviđa se da će se taj broj do 2050. godine također utrostručiti i povećati na 426 milijuna (United Nations 2020, 2).

Očekivani životni vijek pri rođenju, na svjetskoj razini iznosi 72,3 godine. S obzirom na to da žene u prosjeku žive pet godina duže od muškaraca, njihov očekivani životni vijek je 74,7 godina, a za muškarce 69,9 godina. Razlika prema spolu u očekivanom životnom vijeku najveća je u Latinskoj Americi i na Karibima i iznosi 6,5 godina, u odnosu na srednju i jugoistočnu Aziju gdje je razlika najmanja i iznosi 2,7 godina. Osobe koje u periodu od 2015. do 2020. godine navrše 65 godina, mogu očekivati da će u prosjeku živjeti dodatnih 17 godina, a očekivanja govore da će se taj broj povećati na 19 godina u razdoblju između 2045. i 2050. godine (United Nations 2020, 2).

Prema podacima Ujedinjenih naroda (2020, 3) u svijetu je u 2019. godini na svakih sto žena bio 91 muškarac u dobi od 65 i više godina, a samo 63 muškarca na svakih 100 žena u dobi od 80 i više godina. Kako se očekuje smanjenje spolne razlike u dugovječnosti u idućem razdoblju, predviđanja govore da će 2050. godine na 100 žena biti 85 muškaraca u dobi od 65 i više godina, odnosno 71 muškarac na 100 žena u dobi od 80 i više godina (United Nations 2020, 3).

Želja za dugim životom je univerzalna pojava koja se u mnogim državama može i postići. Broj osoba u vrlo visokoj dobi se neprestano povećava, a porastom dobi i dugim životnim vijekom javljaju se i zdravstveni problemi. Stoga je vrlo malo osoba od 90 i više godina potpuno samostalno, a mnogima je potrebna pomoć, skrb i njega (Nosraty i sur. 2019, 2).

U Republici Hrvatskoj (RH) prema Popisu stanovništva, kućanstava i stanova 2011. godine prebivalo je 4.284.889 stanovnika, a prema procjenama od sredine 2019. godine prebivalo je 4.065.253 stanovnika. Ovo smanjenje broja stanovnika u RH posljedica je dugogodišnjeg smanjivanja broja novorođene djece, porasta smrtnosti mlađih dobnih skupina tijekom rata i u prošlom stoljeću negativnih trendova u migraciji (HZJZ 2020, 9). Hrvatska je od 1991. ušla u depopulacijsku fazu prirodnog kretanja te je u 2019. manje živorođene djece u odnosu na broj umrlih (36.135 djece vs. 51.794 umrlih). Prema podacima Državnog zavoda za statistiku (DZS), očekivano trajanje života u 2019. za oba spola je 78,5 godina, a uočena je razlika prema spolu pa je očekivano trajanje života za žene 81,6 godina, a za muškarce 75,4 godine (HZJZ 2020, 9).

Temeljni ciljevi na kojima počiva zdravstvena politika u Republici Hrvatskoj, osim produljenja očekivanog životnog vijeka, jesu i poboljšanje kvalitete života stanovništva kao i promicanje zdravih životnih navika, smanjenje ili eliminacija onih zdravstvenih rizika koji se mogu spriječiti te poboljšanje kvalitete života osoba s kroničnim bolestima i osobama s invaliditetom (HZJZ 2020, 9).

Republika Hrvatska prema broju starijih osoba i njihovim stalnim povećanjem spada u države s vrlo starim stanovništvom. Tako se i udio starijih osoba definiranih kao osobe od 65 i više godina povećava te je zabilježen porast njihovog broja s 13,1% u 1991. godini na 15,6% u 2001. godini, a prema popisu stanovništva iz 2011. godine, udio starijih osoba od 65 godina i starijih u ukupnom stanovništvu iznosio je 17,7% odnosno 758.633. Trend povećanja broja starijih osoba u ukupnom stanovništvu i dalje se nastavlja te je udio osoba

od 65 godina i starijih porastao na 20,8% u 2019. godini (tablica 2). Prema spolnoj raspodjeli uočava se razlika te je prema popisu stanovništva iz 2011. godine broj starijih muškaraca u dobi od 65 i više godina iznosio 296.208 u odnosu na žene iste dobi koji je iznosio 462.425. S porastom dobi udio žena od 65 godina i starijih se povećava pa je u dobnoj skupini od 65 do 74 godine zabilježeno 57%, a 75% u najstarijoj dobnoj skupini od 85 i više godina (HZJZ 2020, 309).

Tablica 2: Raspodjela hrvatskog stanovništva po dobnim skupinama prema popisima od 1953. do 2011. i procjeni sredinom 2019. godine

Godina popisa <i>Census (year)</i>	stanovnika <i>no. of population</i>	0-14 <i>0-14</i>	15-64 <i>15-64</i>	65 i više i nepoznato <i>65 and above + unknown</i>
1953.	3,936.022	27,0%	66,0%	7,0%
1961.	4,159.696	27,2%	65,3%	7,5%
1971.	4,426.221	22,6%	67,2%	10,2%
1981.	4,601.469	20,9%	66,9%	12,2%
1991.	4,784.265	19,4%	67,5%	13,1%
2001.	4,437.460	17,1%	67,2%	15,7%
2011.	4,284.889	15,2%	67,1%	17,7%
2019.*	4,065.253	14,4%	64,8%	20,8%

Izvor: HZJZ 2020.

2.2.3 Aktivno, zdravo i uspješno starenje

S povećanjem broja starijih osoba raste i interes svjetske zajednice s naglaskom na aktivno i zdravo starenje. Pojmovi zdravo starenje, aktivno starenje i uspješno starenje sve su češće teme u istraživanjima i političkim dokumentima (Swedish National Institute of Public Health 2007, 16).

Kako bi aktivno starenje bilo pozitivno iskustvo, dulji život moraju pratiti stalne prilike za zdravlje, sudjelovanje i sigurnost. U svrhu postizanja ove vizije, Svjetska zdravstvena organizacija usvojila je izraz „aktivno starenje“ (World Health Organization 2002, 12). Aktivno starenje je prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji proces optimiziranja prilika za zdravlje, sudjelovanje i sigurnost s ciljem poboljšanja kvalitete života tijekom starenja, a odnosi se kako na pojedince tako i na skupine stanovništva (World Health Organization 2002, 12).

Aktivno starenje omogućava ljudima ostvarivanje njihovih potencijala na tjelesnoj, mentalnoj i društvenoj razini kako bi tijekom cijelog života uživali u blagostanju te mogli

sudjelovati u društvenim aktivnostima u skladu sa svojim potrebama, željama i mogućnostima. Pri tome im se treba pružiti odgovarajuća zaštita, sigurnost i skrb (World Health Organization 2002, 12).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (World Health Organization 2002, 12) cilj aktivnog starenja jest produljiti životni vijek u zdravlju i kvalitetu života svim osobama starije životne dobi, uključujući i one starije osobe koje su slabe (krhke), onesposobljene i kojima su potrebni skrb i njega. Svjetska zdravstvena organizacija smatra da će se države moći bolje suočavati sa starenjem stanovništva samo ako vlade, međunarodne organizacije i civilni sektor što prije počnu provedbu programa i politika „aktivnog starenja“ na osnovi kojih se može poboljšati zdravlje, sudjelovanje i sigurnost starijih osoba (World Health Organization 2002, 6). Za sve države svijeta zadatak je pomoći starijim osobama da ostanu aktivne i zdrave što je dulje moguće. To ne smije predstavljati luksuz nego nužnost (World Health Organization 2002, 6).

Zdravo starenje je izraz koji se često koristi u svakodnevnom govoru bilo da je riječ o medijima, vodećim strukturama društva ili akademskoj zajednici. Unatoč tome još uvijek među znanstvenicima nema zajedničkog stava oko definicije zdravog starenja, načina na koje bi se ono moglo mjeriti kao i od toga što bi zapravo zdravo starenje trebalo sadržavati (Peel i sur. 2004, 119).

Koncept zdravog starenja u literaturi se koristi uz srodne koncepte kao što su aktivno starenje, pozitivno starenje i uspješno starenje (Naaldenberg i sur. 2012, 2). Svjetska zdravstvena organizacija promatra zdravo starenje iz holističke perspektive koja se zasniva na životnom tijeku i funkcionalnoj perspektivi (World Health Organization 2015, 28). Zdravo starenje predstavlja kombinaciju starosti i zdravlja, a Brooks-Wilson (2013, 1324) definira zdravo starenje kao odsutnost specifičnih poremećaja ili postizanje optimalnog učinka na funkcijskim testovima (Brooks-Wilson 2013, 1324). Zdravo starenje može se definirati kao dostizanje srednje starosti u kojoj nije došlo do određenih bolesti ili invaliditeta i ako su još uvijek prisutni intaktna kognicija ili pokretljivost (Brooks-Wilson 2013, 1324).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (World Health Organization 2015, 29) zdravo starenje započinje s rođenjem i povezan je s našim genetskim nasljeđem, prenatalnim

razvojem kao i s okolišnim čimbenicima te našim ponašanjem. U izvješću Svjetske zdravstvene organizacije zdravo starenje se definira kao proces razvoja i održavanje funkcionalne sposobnosti koja omogućava blagostanje u starijoj životnoj dobi. Funkcionalna sposobnost sastoji se od intrinzičnog kapaciteta pojedinca, relevantnih okolišnih obilježja i interakcija između pojedinca i tih obilježja te omogućava ljudima da rade ono što je njima važno i što cijene i vole (World Health Organization 2015, 28). Zdravo starenje nadilazi izbjegavanje bolesti i nesposobnosti, međutim još uvijek nema dogovora koji čimbenici čine uspješno starenje (Depp i Jeste 2006, 7).

Švedski nacionalni institut za javno zdravstvo definira zdravo starenje kao proces optimiziranja prilika za tjelesno, socijalno i mentalno zdravlje koje bi omogućilo starijim osobama uživanje neovisnog i kvalitetnog života te aktivno sudjelovanje u društvu u kojem nema diskriminacije. To je definicija koja uzima u obzir pravednost u zdravlju i kvalitetan neovisan život (Swedish National Institute of Public Health 2007, 16).

Produktivno starenje jedan je od sinonima uspješnog starenja, međutim produktivno starenje poseban osvrt daje na angažman u životu. Produktivno starenje James i suradnici (2010, 8) definirali su kao „aktivnosti koje proizvode dobra i usluge bez obzira jesu li plaćene ili ne“.

Duboka podijeljenost o starenju potječe još od antičkog doba pa sve do modernih vremena. U vremenu industrijskog kapitalizma ljudska vrijednost se izjednačila s produktivnošću, a vrijeme umirovljenja postaje simbol neproduktivnosti. Ovom negativnom pogledu na starost, starenje i starije osobe pridonijeli su i znanstvenici koji su se fokusirali na probleme s kojima se suočavaju starije osobe. Tom negativnom pogledu na starenje kao vrijeme propadanja pridonijele su i politike koje su starije osobe prezentirale kao bolesne i one koje su u potrebi (Baltes i Carstensen 1996, 400).

Za neke kritičare pojam „uspješno starenje“ predstavlja oksimoron, odnosno da uspješno starenje ustvari znači uopće ne starjeti. Tijekom povijesti, ali i u ova moderna vremena njeguje se kult mladosti i uspješnosti. Međutim, poricanje starenja u konceptu uspješnog starenja nije održiva opcija (Baltes i Carstensen 1996, 399).

Koncept „uspješnog starenja“ postoji od sredine prošlog stoljeća, ali se minimalno koristio. Tek s objavom članka o uspješnom starenju Rowe i Kahn (1987), ovaj pojam uspješnog starenja stekao je svoju popularnost (Strawbridge i sur. 2002, 727).

Unatoč tomu što se povećava broj istraživanja o uspješnom starenju, postoje brojne rasprave o tome koji čimbenici čine uspješno starenje te trebaju li uspješno starenje objektivno definirati drugi ili uspješno starenje trebaju definirati same osobe starije životne dobi. Iako se uspješno starenje sve više sustavno proučava, posebice zbog sve većeg broja starijih osoba i produžetka ljudskog života, još uvijek nema slaganja oko optimalne definicije uspješnog starenja niti njegovog mjerenja (Depp i Jeste 2006, 7). Isto tako nema ni slaganja oko termina koji će se koristiti, tako da se naizmjenično koriste pojmovi zdravo starenje, uspješno starenje, produktivno starenje i dobro starenje (Depp i Jeste 2006, 7).

Kada se raspravlja o uspješnom starenju važno je pitanje može li se ono mjeriti objektivnim kriterijima ili je riječ o vrijednosnom sudu koji se procjenjuje individualnim subjektivnim pokazateljima (Pruchno i sur. 2010, 821). Tako se definicija Rowa i Kana (1987, 143–149) zasniva na objektivnim kriterijima tumačeći da osobe koje uspješno stare imaju malo ili nimalo gubitaka odnosno pogoršanja povezanih s bolesti tijekom starenja (Pruchno i sur. 2010, 821).

Za razliku od objektivne, subjektivna komponenta uspješnog starenja zadobila je malo pažnje u istraživanjima. Studije koje su uspoređivale ta dva pristupa zaključuju kako većina starijih osoba smatra da uspješno stare iako samo manji dio zadovoljava objektivne kriterije uspješnog starenja (Pruchno i sur. 2010, 822).

Pruchno i suradnici (2010, 822) predlažu da se uspješno starenje definira na osnovi dviju povezanih, ali neovisnih dimenzija – objektivnog i subjektivnog uspjeha. Razlog za prijedlog ovakve definicije autori objašnjavaju povezanošću između subjektivnog i objektivnog uspjeha te posljedično mogućnošću identificiranja tipologije uspješnog starenja. Prema dotadašnjim kriterijima neke osobe će uspješno starjeti prema objema definicijama, neke prema jednoj ili drugoj definiciji, a jedan dio ni prema jednoj neće uspješno starjeti (Pruchno i sur. 2010, 822).

Pretpostavlja se da način na koji će osoba uspješno starjeti ovisi od iskustva stečenog do srednjih godina, gdje se ubrajaju bračni status, stupanj obrazovanja, biti bez djece i kaznena djela u ranoj dobi (Pruchno i sur. 2010, 822). Isto tako, pretpostavlja se da na uspješno starenje utječe bračni status (biti u braku), zaposlenost (biti u radnom odnosu), volontiranje, zdrave životne navike, odgovarajuća socijalna podrška i biti vjernik (Pruchno i sur. 2010, 823).

Jaki prediktori različitih definicija uspješnog starenja jesu mlađa dob (dob oko 60 godina), odsutnost artritisa, problema sa sluhom, bolje mogućnosti obavljanja svakodnevnih dnevnih aktivnosti i nepušenje. Umjereni prediktori su viša razina tjelesne aktivnosti, bolja samoprocjena zdravlja, niži sistolički krvni tlak, manji broj zdravstvenih problema, kognitivno funkcioniranje i odsutnost depresije. Ograničeni prediktori su viši stupanj obrazovanja, viši prihodi, biti u braku i bijela rasa (Depp i Jeste 2006, 8–11).

Uspješno starenje prema autorima Kolovou i suradnicima (2014, 4) karakterizira očuvanje kognitivnih i tjelesnih funkcija te društvenih aktivnosti tijekom života kao i izbjegavanje ili odgađanje bolesti i invaliditeta.

Uspješno starenje je pojam koji je, pretpostavlja se, u gerontologiju uveo Havighurst (1961, 8). Od tada je uspješno starenje jedan od najčešće korištenih izraza za opisivanje dobre starosti (Bearon 1996, 1–7). Zbog heterogenosti procesa starenja i višeznačnosti samog pojma „uspjeh“, ne postoji niti jedna dobro prihvaćena definicija ili model uspješnog starenja. Riječ „uspješan“ pokazala se problematičnom s obzirom na to da podrazumijeva natjecanje u kojemu postoje pobjednici i gubitnici. Mnogi gerontolozi nisu spremni nazvati nekoga neuspješnim samo zato što je osoba s invaliditetom, funkcionalno onespособljen ili ima neku kroničnu bolest (Strawbridge i sur. 2002, 733).

Strawbridge i suradnici (2002, 732) u svom su radu procjenjivali dvije različite definicije uspješnog starenja. Definicije uspješnog starenja koje su ispitivane bile su samoprocjena uspješnog starenja i uspješno starenje Rowe i Kahna (1997, 433–440). Samoprocjena uspješnog starenja sudionika istraživanja mjerena je na osnovi odgovora na jedno pitanje: „Starim li uspješno (ili dobro starim)?“

Uspješno starenje definirano je prema kriterijima uspješnog starenja Rowe i Kahna: (I) odsutnost bolesti, nesposobnosti i rizičnih čimbenika; (II) održavanje tjelesnog i mentalnog

funkcioniranja; (III) kontinuirani angažman u društvenim i produktivnim aktivnostima. Svaki od kriterija posebno je ispitan.

Kod odsutnosti bolesti uključeni su odsutnost srčanih bolesti, moždanog udara, dijabetesa, bronhitisa, astme, emfizema, karcinoma i osteoporoze. Odsutnost nesposobnosti uključivala je sposobnost za provođenje svih sedam aktivnosti svakodnevnog života (kupanje, odijevanje, jedenje, uporaba toaleta, premještanje s kreveta na stolicu, dotjerivanje ili hodanje po sobi). Odsutnost rizičnih čimbenika odnosila se na odsutnost pušenja, hipertenzije i pretilosti (Strawbridge i sur. 2002, 729).

Održavanje kognitivnog i tjelesnog funkcioniranja odnosila se na sposobnost hodanja 1/4 milje (oko 400 m), sposobnost penjanja uz stepenice bez odmora, sposobnost ustajanja bez nesvjestice ili osjećaja vrtoglavice te sposobnost pamćenja stvari bez poteškoća, pamćenja gdje je nešto ostavljeno ili pronalaženja odgovarajuće riječi u razgovoru (Strawbridge i sur. 2002, 729).

Aktivni angažman u životu uključivao je mjesečnu prijavu kontakata s tri ili više bliskih prijatelja ili rođaka. Produktivnost se odnosila na prijavu bilo čega od sljedećeg: (I) primanje plaće, (II) skrb o djetetu ili unuku, (III) aktivno volontiranje ili (IV) čišćenje kuće (Strawbridge i sur. 2002, 728–729). Prema definiciji Rowe i Kahna (1997, 433) da bi bili ocijenjeni kao oni koji uspješno stare, ispitanici su morali zadovoljiti sva tri ranije navedena kriterija.

Strawbridge i suradnici usporedili su samoprocjenu uspješnog starenja i primjenu kriterija modela Rowe i Kahna: nepostojanja bolesti, invaliditeta i rizičnih čimbenika, održavanja tjelesnog i mentalnog funkcioniranja i bavljenje životnim aktivnostima. Rezultati su pokazali da 50,3% ispitanika svoje starenje ocjenjuje kao uspješno, za razliku od 18,8% ispitanika kod primjene klasifikacije prema Rowe i Kahna kriterijima. Ovakva velika razlika upućuje na to da znatno veći udio starijih osoba po kriterijima Rowe i Kahna ne stari uspješno unatoč tomu što su svoje starenje samoprocijenili uspješnim (Strawbridge i sur. 2002, 730).

Izostanak kroničnih stanja i održavanje funkcioniranja bilo je u pozitivnoj korelaciji s uspješnim starenjem prema objema definicijama. Međutim, mnogi ispitanici koji su imali kronična stanja i funkcionalne poteškoće prema kriterijima Rowe i Kahna nisu ocijenjeni

kao osobe koje uspješno stare, unatoč tomu što su svoje starenje ocijenili uspješnim (Strawbridge i sur. 2002, 732).

Autori sugeriraju da „oni sudionici koji nisu bili dosljedni u pogledu dviju definicija možda imaju ključ za razumijevanje o čemu se radi u uspješnom starenju“ (Strawbridge i sur. 2002, 733). Bez obzira koji se termin koristio, primjerice zdravo starenje, dobro starenje, produktivno starenje ili uspješno starenje bilo bi korisno imati alate koji bi mogli razlikovati starije osobe s obzirom na njihove pozitivne ili negativne ishode u starijoj dobi. Isto tako, s obzirom na postojanje različitih definicija uspješnog starenja, autori predlažu da se omogući starijim osobama da sami procijene vlastiti uspjeh u starenju (Strawbridge i sur. 2002, 728).

Bowling i Iliffe (2011, 1) u svom radu navode kriterije potrebne za postizanje uspješnog starenja, a koji su grupirani u pet pristupa. To su biološki ili „zdravstveni“, širi biološki odnosno zdravstveni i društveni angažman, socijalni, psihološki i laički.

Havighurst definira uspješno starenje „kao dodavanje života godinama“, a pod tim izrazom misli se na pomoć ljudima da uživaju u životu i dobiju zadovoljstvo od života (Havighurst 1961, 8). Havighurst je smatrao da gerontologija, zbog davanja dobrih savjeta, mora imati teoriju uspješnog starenja. Ta teorija je „izjava o uvjetima individualnog i društvenog života pod kojima pojedinačna osoba dobiva maksimum zadovoljstva i sreće, a društvo održava odgovarajuću ravnotežu između zadovoljstava za različite skupine koje ga čine – stariji, sredovječni i mladi, muškarci i žene, itd.“ (Havighurst 1961, 8).

Neprestano povećanje broja starijih osoba u ukupnom stanovništvu na globalnoj razini predstavlja izazove za gotovo sve znanosti, prvenstveno za biologiju, medicinu, društvene znanosti i bihevioralne znanosti (Rowe i Kahn 1997, 439). Gerontologija stoga, umjesto ranije fokusiranosti na bolest i invaliditet, naglasak stavlja na širi pogled koji između ostalog uključuje uspješno starenje (Rowe i Kahn 1997, 439).

Uspješno starenje pojam je koji se često koristi u gerontologiji i predmet je velikog broja istraživanja (Rowe i Kahn 1997, 433). Uspješno starenje pojam je koji se često koristi u gerontološkim istraživanjima, ali i u drugim znanostima koje proučavaju karakteristike uspješnog starenja (Rowe i Kahn 1997, 433).

Autori Rowe i Kahn (1997, 433) definiraju uspješno starenje kao multidimenzionalno, koje obuhvaća:

- malu vjerojatnost bolesti i s njom povezanu onesposobljenost,
- visoku kognitivnu i tjelesnu funkcionalnu sposobnost i
- aktivno sudjelovanje u životu.

Tamo gdje se sve tri komponente preklapaju u ovom višedimenzionalnom modelu, uspješno starenje je u potpunosti zastupljeno (Rowe i Kahn 1997, 433). Svaka od ove tri komponente uspješnog starenja sastoji se od više dijelova, pri čemu se mala vjerojatnost bolesti ne odnosi samo na prisutnost ili odsutnost bolesti nego i na prisutnost, odsutnost ili ozbiljnost čimbenika rizika za bolest. Visoka funkcionalna razina uključuje tjelesne i kognitivne komponente koje predstavljaju tjelesne i kognitivne sposobnosti koje govore što osoba može učiniti, a ne što osoba čini. Uspješno starenje je više od potencijalnih mogućnosti i bazira se na djelovanju (Rowe i Kahn 1997, 433).

Uspješno starenje ne čine samo odsutnost bolesti i održavanja funkcionalnih sposobnosti. Ove dvije komponente važne su u procesu uspješnog starenja, ali tek u kombinaciji s aktivnim sudjelovanjem u životu u potpunosti predstavljaju koncept uspješnog starenja (Rowe i Kahn 1997, 433).

Kako bi se suprotstavili dugogodišnjoj tradiciji u gerontologiji koja je naglašavala samo razliku između patološkog i nepatološkog stanja, odnosno između starijih osoba s bolestima ili invaliditetom i onih koji ne pate ni od jednog ni od drugog, Rowe i Kahn (1997, 433) predložili su razliku između uobičajenog i uspješnog starenja kao nepatološkog stanja. Ranija gerontologija pretpostavljala je da su u odsutnosti bolesti i invaliditeta promjene koje se dešavaju na tjelesnoj razini povezane sa starošću kao i promjene kognitivne funkcije „normalne“ i određene intrinzičnim procesima te nisu povezane s rizikom nego genetski uvjetovane (Rowe i Kahn 1997, 433). Rowe i Kahn (1997, 433) smatrali su da će razlikom između dviju skupina neboljelih osoba – uobičajenih (nepatoloških, ali u visokom riziku) i uspješnih (visoke funkcije i niskog rizika) potaknuti istraživanja kriterija i odrednica uspješnog starenja te identificirati ciljeve na osnovi kojih se može intervenirati prema „normalnim“ starijim osobama.

Brajković (2010, 46–47) u svojoj doktorskoj disertaciji definira uspješno starenje kao usklađivanje sposobnosti pojedinca s njegovim mogućnostima i osobnim zadovoljstvom koje se postiže usvajanjem novih navika, održavanjem socijalnih odnosa, umijećem uživanja u samoći, razvijanjem životne filozofije koja omogućava spoznaju smisla života, poticanjem osobnih potencijala, uživanjem u svakom trenutku života vodeći se maksimumom *carpe diem* (Brajković 2010, 46–47).

Tucak Junaković i Nekić (2016, 183) na osnovi rezultata u svom istraživanju pristupaju uspješnom starenju iz subjektivne odnosno laičke perspektive. Autorice zaključuju kako starije osobe uspješno starenje promatraju višedimenzionalno, a koje se sastoji od funkcionalne, psihološke ili mentalne, tjelesne i socijalne dimenzije funkcioniranja.

Na osnovi pregleda objavljene literature u kojoj su autori pokušali definirati uspješno starenje, Phelan i Larson (2002, 1307) identificirali su sedam glavnih elemenata uspješnog starenja, a to su:

- zadovoljstvo životom,
- dugovječnost,
- odsustvo invaliditeta,
- vještina/rast,
- aktivno uključivanje u život,
- visoko/neovisno (samostalno) funkcioniranje,
- pozitivna prilagodba (Phelan i Larson 2002, 1307).

Od najvećeg interesa za uspješno starenje jesu prevencija invaliditeta i kognitivnog opadanja. Na osnovi pregleda studija u svom istraživanju, autori Depp i Jeste (2006, 18) nude dokaze kako su životne navike poput pušenja i tjelesne aktivnosti, zatim kronične bolesti (npr. šećerna bolest, artritis) te subjektivno zdravlje važnije odrednice uspješnog starenja u odnosu na demografske ili socioekonomske čimbenike.

U svom istraživanju Depp i Jeste (2006, 11) analizirali su 28 članaka objavljenih između 1978. i 2005. godine s 29 definicija uspješnog starenja. Otprilike jedna trećina starijih ispitanika iz ovih istraživanja zadovoljila je kriterije istraživača za uspješno starenje unatoč

varijabilnosti među definicijama. Od 27 studija koje su uključivale definicije uspješnog starenja, njihove komponente podijelili su u 10 različitih domena. Najčešće se pojavljivala komponenta *invaliditet* i/ili *tjelesno funkcioniranje* u 26 od 29 definicija, zatim *kognitivno funkcioniranje* u 13 od 29 definicija, *životno zadovoljstvo/blagostanje* zabilježeno je u 9 od 29 definicija, a *društveno i produktivno funkcioniranje* u 8 od 29 definicija (Depp i Jeste 2006, 8).

Prema autorici Freund (2008, 94) uspješno starenje predstavlja proces koji obuhvaća cijeli životni vijek i ne započinje u starosti. Uspješno starenje se definira kao razina funkcioniranja koja omogućava pojedincu da ispuni vlastite ciljeve i održava osobne standarde te je ujedno i rezultat uspješnog upravljanja unutarnjim i vanjskim resursima tijekom čitavog života (Freund 2008, 94–95).

Freund (2008, 95) resurse definira kao sredstva za postizanje ciljeva koji mogu biti različiti poput bioloških, genetskih, socio-kulturnih ili psiholoških. Isto tako Freund (2008, 95) navodi da dostupnost resursa ne mora značiti da će ciljevi biti postignuti s obzirom na to da se resursi mogu ulagati racionalno ili neracionalno. Ako se vlastiti resursi pametno ulože to može rezultirati pozitivnim doprinosima i povećanjem dobitaka resursa, a u suprotnome gubitci će akumulirati nove gubitke (Freund 2008, 95).

Upravljanje resursima važno je tijekom cijeloga života, a posebice je važno u starijoj životnoj dobi kada se događaju promjene u dostupnosti i učinkovitosti resursa povezanih sa starenjem. S povećanjem dobi, omjer dobitaka i gubitaka je na štetu dobitaka budući da se resursi sve više crpe, a obnavljaju u manjoj mjeri, odnosno stjecanje novih resursa postaje sve teže, a gubitci postaju sve vjerojatniji. Prema navedenom, količina resursa akumulirana u ranijim razdobljima i njihovo racionalno upravljanje u kasnijem životu ključno je za uspješno starenje (Freund 2008, 95).

Freund (2008, 95) tvrdi kako se najbolje može razumjeti upravljanje resursima ako se u obzir uzmu tri međusobno povezana procesa – selekcija, optimizacija i kompenzacija (engl. *selection, optimisation and compensation*). Model selektivne optimizacije s kompenzacijom (SOC) (Baltes i Baltes 1993, 1–34) definira uspjeh kao postizanje ciljeva koji su specifični za svakog pojedinca i da se mogu mjeriti prema različitim normama i standardima. U ovom modelu su identificirana tri procesa: odabir (selekcija),

kompenzacija i optimizacija koji zajedno tvore strategije koje koriste starije osobe da bi mogle primjereno starjeti čak i onda kada su suočene s gubitkom (Baltes i Carstensen 1996, 399). Model selektivne optimizacije s kompenzacijom jest model uspješnog starenja koji sagledava cijeli životni vijek te se temelji na empirijskim dokazima o dobitcima i gubitcima u starosti (Baltes i Carstensen 1996, 399).

Za autore Baltes i Baltes (1993, 21–22) najvažniji koncept selektivne optimizacije s kompenzacijom jest proces prilagodbe s kojim se ljudi susreću tijekom svog života, a u starijoj dobi zbog gubitka bioloških, mentalnih i društvenih rezervi selektivna optimizacija s kompenzacijom imat će novo značenje. Autori također tvrde da svaki pojedinac može pridonijeti svome uspješnom starenju u slučaju da koristi strategiju selekcije, optimizacije i kompenzacije (Baltes i Baltes 1993, 27).

Za starije osobe hrana, voda i odgovarajuća prehrana ključni su za njihovo zdravlje i kvalitetu života. Sa starenjem neke osobe ostaju i dalje neovisne i aktivno uključene u zajednicu, za razliku od drugih kojima je potrebno više podrške. Kako bi starije osobe i u poznoj dobi zadržale neovisnost, funkcionalnu sposobnost, dobro kontrolirale svoje kronične bolesti i imale što bolju kvalitetu života, hrana i prehrambene navike i usluge postaju sve važnije te ih je potrebno implementirati u skrb starijih osoba (American Dietetic Association 2005, 616).

Prehrana predstavlja jednu od najvažnijih odrednica uspješnog starenja koja osim fiziološkog blagostanja doprinosi psihološkoj, društvenoj i kulturnoj kvaliteti života (American Dietetic Association 2005, 616). Za uspješno starenje prehrana ima značajnu ulogu te pomaže u promicanju zdravlja i funkcionalnosti, prevenciji kroničnih nezaraznih bolesti, usporavanju napredovanja bolesti i ublažavanje simptoma bolesti. Ako se kronične nezarazne bolesti i stanja preveniraju, odgađaju i dobro kontroliraju, starenje može biti zdravo i uspješno, a život ugodan i produktivan (American Dietetic Association 2005, 616).

Zbog pothranjenosti i dehidracije dolazi do lošijih zdravstvenih ishoda koji su čest problem u domovima za starije (American Dietetic Association 2005, 626).

2.3 Kvaliteta života

U istraživačkoj literaturi ponuđen je velik broj definicija kvalitete života, a u ovom radu spomenute su i opisane samo neke od njih, posebice one koje utječu na kvalitetu života starijih osoba ili je oblikuju.

Kvaliteta života je nedovoljno jasan i multidimenzionalan koncept koji teoretski uključuje sve aspekte života pojedinca (Bowling 2001, 2). Istraživanje kvalitete života obuhvaća niz različitih tema, od kvalitete života u mlađoj ili starijoj životnoj dobi do kvalitete života primjerice u urbanim sredinama (Bowling 2001, 2). U razvijenim i bogatim zemljama sa sve većom dugovječnošću sve je veći interes za postizanje „dobrog života“ koji se ponekad naziva još i životno zadovoljstvo (zadovoljstvo životom) ili kvaliteta života (Bowling 2001, 1).

Iako izraz „kvaliteta“ podrazumijeva stupanj izvrsnosti neke karakteristike, različiti ljudi mogu cijeniti različita područja života, odnosno kvaliteta života može različitim ljudima značiti različite stvari (Bowling 2001, 1). U literaturi se mogu pronaći i pojmovi koji se koriste naizmjenično s kvalitetom života kao što su sreća, životno zadovoljstvo, blagostanje, dobar život što dovodi do pojmovne zbrke (Bowling 2001, 1).

Kvaliteta života postala je istaknuto pitanje i predmet širokih interesa mnogih znanstvenih disciplina kako društvenih tako i bioloških znanosti. To je pojam koji se često koristi u svakodnevnom govoru, ali i u kontekstu istraživanja u različitim znanstvenim disciplinama (Hanestad 1990, 29; Farquhar 1995, 1439; Holmes 2005, 493).

Pojam kvalitete života složen je i dvojbena koncept tako da ne čudi što još uvijek ne postoji široko prihvaćena i dogovorena definicija kao niti standardni instrument mjerenja kvalitete života. (Farquhar 1995, 1440; Cummins 1997b, 7; Bowling 2004, 6). Prema Farquhar (1995, 1440) za mjerenje kvalitete života osmišljen je veliki broj ljestvica i testova koji se razlikuju po pitanju koncepta, konstrukcije i sadržaja tako da se međusobno ne mogu uvijek ni uspoređivati. Razlog rijetkog usuglašavanja što predstavlja kvalitetu života je i taj što ni jedan pokazatelj ne može obuhvatiti sve mjere kvalitete života (Farquhar 1995, 1440). Farquhar (1995, 1439) u svom istraživanju navodi da kada se govori o kvaliteti života neke osobe, trebamo govoriti o dobrim i lošim stvarima s ciljem da se održi ili poboljša kvaliteta njezinog života.

Stoga u istraživačkoj literaturi nalazimo različite definicije kvalitete života koje često odražavaju perspektivu, ali i profesionalna usmjerenja autora (Arnold 1991, 52). Isto tako, istraživanje kvalitete života konceptijski se može podijeliti na period kada se kvaliteta života ispitivala samo kod bolesnika, odnosno istraživao se utjecaj bolesti na kvalitetu života, te razdoblje od početka devedesetih godina prošlog stoljeća kada se ispituje kvaliteta života „zdravih osoba“ u rasponu od zdravlja do bolesti (Orešković 1994, 264).

Teškoće pri definiranju kvalitete života nastaju jer jedni autori ističu subjektivnost i nemjerljivost, a drugi objektivnost i mjerljivost. Osnovna poteškoća definiranja kvalitete života jest u tome što još nije konzistentno znanstveno utemeljeno objašnjenje nastanka i održanja života (Orešković 1994, 264).

Tijekom godina razvila su se dva suprotna pristupa konceptu kvalitete života, a to su skandinavski koji stavlja fokus na objektivne životne uvjete i američki pristup s fokusom na subjektivno blagostanje ljudi (Berger-Schmitt i Noll 2000, 9; Walker i van der Maesen 2004, 16). Međutim, osim ovih dvaju suprotstavljenih pristupa kvaliteti života postoje i širi koncepti kvalitete života koji uključuju i objektivne i subjektivne pokazatelje i oni su prevladavajući u suvremenim istraživanjima kvalitete života (Berger-Schmitt i Noll 2000, 10).

Browne i suradnici (1994, 235) opisuju kvalitetu života kao dinamičku interakciju između vanjskih uvjeta života pojedinca i unutarne percepcije tih uvjeta. Hanestad (1990, 29) smatra da je pojam kvalitete života stekao prepoznatljivost dijelom i zbog svojih pozitivnih konotacija. Isti autor nadalje smatra da je kvaliteta života subjektivan pojam koji se odnosi na doživljaj pojedinca o njegovom životu u određenoj životnoj situaciji te da je kvaliteta života za većinu ljudi cilj, kako za pojedinca tako i za grupu pojedinaca (Hanestad 1990, 29).

Lawton (1991, 6) je definirao kvalitetu života kao „multidimenzionalno vrednovanje kvalitete života, prema intrapersonalnim i društvenim normativnim kriterijima, sustava osobnog okruženja pojedinca u prošlom, sadašnjem i budućem vremenu“. Njegova definicija kvalitete života obuhvaća cijeli spektar kvalitete života u njegovom najinkluzivnijem značenju, a u samoj definiciji korišteno je sljedećih šest pojmova:

multidimenzionalni, evaluacijski, interpersonalni, društveno-normativni, sustav osoba-okolina i temporalnost.

Prema istom autoru (Lawton 1983, 351) dimenzije kvalitete života uključuju četiri sektora koji se u određenom opsegu međusobno preklapaju: bihevioralna kompetencija, objektivno okruženje, percipirana kvaliteta života i psihološko blagostanje. Bihevioralna kompetencija i objektivno okruženje čine dvije objektivne komponente, a percipirana kvaliteta života i psihološko blagostanje su subjektivne komponente kvalitete života (Lawton 1997, 45).

Iako se u istraživanjima ponekad tvrdilo da pokazatelji kvalitete života moraju biti subjektivni, analize četiri sektora sugeriraju da su i objektivna i subjektivna perspektiva važne te da se svaki od ova četiri sektora (bihevioralna kompetencija, percipirana kvaliteta života, objektivno okruženje i psihološko blagostanje) može podijeliti u onoliko komponenti koliko se detaljno to zahtijeva (Lawton 1991, 7–11).

Lawton (1991, 22–23) također navodi kako je višedimenzionalno poimanje kvalitete života posljedica širine i dubine života u cjelini i primjerene fokusiranosti na pojedinca. U društvima koje se bave individualnim razlikama nisu u mogućnosti prihvatiti pojednostavljenu jednodimenzionalnu perspektivu kvalitete života. Iako je autor svjestan da će se s vremenom ovakav četvero-sektorski koncept kvalitete života mijenjati, smatra da u budućim koncepcijama treba zadržati svaki aspekt kvalitete života koji uključuje i objektivne i subjektivne definicije kvalitete života u skladu s ciljem svakog istraživanja.

Za Cummins (1997b, 7) kvaliteta života je multidimenzionalna odnosno i objektivna i subjektivna, a sastoji se od sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednica. Objektivne domene obuhvaćaju kulturno relevantne mjere objektivnog blagostanja, a subjektivne domene obuhvaćaju zadovoljstvo domenom određeno prema njihovoj važnosti za pojedinca (Cummins 1997b, 7).

Prema Cummins (1997a, 118) kvaliteta života obuhvaća objektivne i subjektivne domene te navodi tri opće tvrdnje u definiranju kvalitete života:

1. pojam “kvaliteta života” odnosi se na objektivnu i subjektivnu dimenziju ljudskog postojanja,

2. objektivna dimenzija odnosi se na normirane mjere blagostanja,
3. subjektivna dimenzija odnosi se na mjere percipiranog blagostanja (ova dimenzija u literaturi se često naziva „subjektivno blagostanje” (Cummins 1997a, 118).

Kvaliteta života definira se kao sveukupno opće blagostanje koja obuhvaća objektivne deskriptore i subjektivne procjene tjelesnog, materijalnog, socijalnog i emocionalnog blagostanja, zajedno s osobnim razvojem i svrhovitom aktivnošću, sve procijenjeno osobnim skupom vrijednosti (Felce i Perry 1995, 51). Za autore Felce i Perry (1995, 51) kvaliteta života nedostižan je koncept kojemu se može pristupiti od procjena društvenog blagostanja ili dobrobiti zajednice pa sve do specifične evaluacije situacija pojedinca ili skupine.

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu u kontekstu kulturnog i vrijednosnog sustava u kojem žive i u odnosu prema njihovim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesima (Whoqol Group 1995, 1404; Skevington i sur. 2004, 299). To je široko obuhvatan koncept koji na složeni način utječe na tjelesno zdravlje i psihološko stanje pojedinca, neovisnost, materijalne okolnosti, njegova osobna uvjerenja, društvene veze i odnose unutar svog okruženja (Whoqol Group 1993, 153; Whoqol Group 1995, 1404; Bowling 2001, 1–19; Skevington i sur. 2004, 299).

Bowling (2004, 6–7) na osnovi definicija kvalitete života razlikuje makrodeterminante (društvene i objektivne) i mikrodeterminante (subjektivne i individualne). U prve Bowling uključuje dohodak, zaposlenje, stanovanje, obrazovanje i druge životne i okolišne okolnosti, a u druge uključuje percepciju sveukupne kvalitete života, iskustva i vrijednosti pojedinca te povezane zamjenske pokazatelje poput sreće, blagostanja i zadovoljstva životom (Bowling 2004, 6–7).

Na osnovi pregledane literature o kvaliteti života, Bowling (2004, 12–14) je razvila taksonomiju kvalitete života koja se sastoji od glavnih modela:

- objektivni pokazatelji;
- subjektivni pokazatelji;
- zadovoljenje ljudskih potreba;

- psihološke karakteristike i resursi;
- zdravlje i funkcioniranje;
- socijalno zdravlje;
- socijalna kohezija i društveni kapital;
- okolišni kontekst;
- ideografski pristupi (Bowling 2004, 12–14).

Definiranje kvalitete života kao pojma koji je apstraktan i osoban, složeno je i uključuje i objektivne i subjektivne elemente. Objektivni elementi uključuju, između ostalog, financijska sredstva, zdravstveno stanje, funkcioniranje i društvene kontakte, a njih je relativno lako izmjeriti i definirati. Suprotno od toga, elementi poput sreće, životnog zadovoljstva i samopoštovanja, vrlo su subjektivni i teško ih je definirati i izmjeriti (Arnold 1991, 52).

Prema Cella (1994, 187) definiciju kvalitete čine dvije osnovne komponente: multidimenzionalnost i subjektivnost. Multidimenzionalnost uključuje tjelesno blagostanje, funkcionalnu sposobnost, emocionalno blagostanje i socijalno blagostanje, a subjektivnost znači da je kvalitetu života najbolje mjeriti iz perspektive same osobe (Cella 1994, 186).

Kvaliteta života obuhvaća širok raspon domena, uključujući tjelesno zdravlje i funkcioniranje pojedinca, psiho-socijalno blagostanje, psihološku perspektivu, funkcioniranje psiholoških i društvenih uloga, društvenu potporu i resurse, neovisnost, autonomiju i percipiranu kontrolu nad životom, materijalne i financijske okolnosti, društveni kapital zajednice i vanjsko okruženje, uključujući političko tkivo društva (Bowling 2004, 46).

Unatoč neslaganju oko definicije kvalitete života, istraživanja su poboljšala znanja o komponentama i odrednicama kvalitete života, posebice među starijom populacijom (Bowling 2004, 46). Bowling (2004, 47) smatra da u socijalnoj gerontologiji pri ispitivanju kvalitete života postoji potreba za proširivanjem interesa izvan zdravstvenih stanja i starenja kao i za uključivanjem samoprocjene iz perspektive starijih osoba o tome što za njih predstavlja kvaliteta života i na koji način se ona može unaprijediti.

Literaturu o kvaliteti života Hambleton i suradnici (2009, 3) opisuju kao džunglu – ogromnu, gustu, u koju je teško proniknuti. Posebice se to odnosi na one koji nemaju stručnog znanja o kvaliteti života.

Walker (2005, 6) navodi u svom radu kako se neki od bitnih čimbenika kvalitete života u starijoj dobi značajno preklapaju s komponentama uspješnog starenja, kao što su primjerice održavanje neovisnosti, kognitivna sposobnost, rast, kontrola nad vlastitim životom, sudjelovanje u društvu, funkcioniranje u društvenim ulogama, prilagodljivost, moral, blagostanje i zadovoljstvo životom. To naravno ne znači da su pojmovi kvalitete života i uspješnog starenja istoznačni. Kvaliteta života je širi pojam od pojma starenja (Walker 2005, 6).

Kvaliteta života se zasniva na subjektivnim pokazateljima o doživljavanju vlastitoga života te je primarno psihološki fenomen (Bowling i sur. 2002, 355–356; Vuletić 2011, 10). Nema konsenzusa za zlatni standard pri procjeni kvalitete života, već se domene odabiru prema populacijskoj skupini, cilju i svrsi istraživanja (Gill i Fleinstein 1994, 619–626). Domene odabranog upitnika za procjenu kvalitete života usmjerenog poglavito na socijalni i psihološki aspekt potrebno je povezati i proučavati s fokusiranim medicinskim i drugim gerontološko-javnozdravstvenim varijablama koje mogu utjecati na kvalitetu života korisnika domova za starije osobe (Dugger 2010, 112–118; Tomek-Roksandić i sur. 2010).

Kod osoba koje imaju neku od kroničnih ili po život opasnih bolesti javlja se „pomak odgovora“ u procjeni kvalitete života. Taj fenomen je unutarnja prilagodba oboljelih na novonastalu situaciju u kojoj se nalaze i pritom svoju kvalitetu procjenjuju drugačije nego da nisu promijenili svoje unutarnje standarde, vrijednosti i konceptualizaciju kvalitete života (Addington-Hall i Kalra 2001, 1419). „Pomak odgovora“ može rezultirati promjenom važnosti nekih aspekata i primjerice umjesto fokusa na zdravlje i funkcioniranje može dati značaj obitelji ili duhovnosti (Levasseur i sur. 2008, 2). Ovom „pomaku odgovora“ u istraživačkoj literaturi nije se pridavala velika pažnja, a može imati velik značaj u mjerenju promjena u kvaliteti života (Addington-Hall i Kalra 2001, 1419).

2.3.1 Kvaliteta života starijih osoba

Iako se gerontologija kao znanost intenzivno razvija od polovice prošlog stoljeća, još uvijek ima malo spoznaja i razumijevanja kvalitete života u starosti. (Smith 2000, 4).

Kvaliteti života starijih osoba posvećuje se sve veća pozornost (Baernholdt i sur. 2012, 2). S obzirom na kontinuirano povećanje broja starijih osoba, razumljiva je velika briga društva za područje kvalitete života starije populacije (Help age international 2013, 5; Hajek i sur. 2015, 2). S povećanjem broja osoba starijih od 65 godina sve se više naglašava potreba za istraživanjem čimbenika povezanih s kvalitetom života u starijoj dobi (Baernholdt i sur. 2012, 2).

Velik interes za istraživanje kvalitete života starijih osoba uzrokovan je demografskim promjenama i povećanjem broja i udjela starijih osoba na globalnoj razini (Netuveli i Blane 2008, 114). Smith (2000, 3) smatra da je povećani interes za istraživanje kvalitete života povezan s porastom udjela starijih osoba i izazovom kako osigurati optimalnu zdravstvenu i socijalnu skrb u vrijeme fiskalnih ograničenja, zatim s medicinskim i tehnološkim napretkom koji je dodao godine životu, ali ne nužno i kvalitetu života, kao i zbog promjene fokusa sa sekundarne i tercijarne zaštite na primarnu prevenciju i intervenciju. U konačnici, globalizacija je uzrokovala potrebu država za poboljšanjem kvalitete života svojih građana sa željom za poboljšanjem društvenog, ekonomskog i političkog ugleda države (Smith 2000, 3).

Gerontološka istraživanja sustavno proučavaju kvalitetu života na tragu izjave Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) „godine su dodane životu i sada je izazov dodati život godinama“ (Walker i Mollenkopf 2007, 3). Isto tako, razvoj biomedicinskih znanosti i tehnologije kao rezultat ima nova očekivanja u životu, kako dodavanjem godina životu tako i kvalitete života godinama (Karmakar i sur. 2018, 96).

Kako se očekivani životni vijek povećava u gotovo svim zemljama svijeta, važno će biti sveobuhvatnije razumijevanje na koji način se može poboljšati kvaliteta života starijih osoba (White i sur. 2009, 6). Kvaliteta života starijih osoba ne bi smjela opadati samo zbog starenja. Dobra kvaliteta života pretpostavlja da starije osobe stare pozitivno i zdravo (Krishnappa i sur. 2021, 272).

Netuveli i Blane (2008, 113) smatraju da svatko ima mišljenje o kvaliteti svog života, ali nitko ne zna što uopće znači taj pojam. Za Netuveli i Blane (2008, 113) kvaliteta života trebala bi biti individualistička i intrinzična, s obzirom na to da su starije osobe heterogena skupina zbog velike razlike između pojedinaca. Prema autorima Netuveli i Blane (2008,

114) kvalitetu života starijih osoba potrebno je istraživati zasebno od ostalih skupina, između ostalog, zbog njihove varijabilnosti, vulnerabilnosti, umirovljenja, promjena u obiteljskoj strukturi, usamljenosti ili izolacije uzrokovane smrću supružnika ili partnera, prijatelja (Netuveli i Blane 2008, 114). Netuveli i Blane (2008, 116) navode kako većina mjera, testova i instrumenata za ispitivanje kvalitete života nije razvijena za stariju populaciju unatoč tomu što su starije osobe sposobne razmišljati i govoriti o svojoj kvaliteti života.

Netuveli i Blane (2008, 115–116) u narativnom pregledu studija o kvaliteti života starijih osoba prikazali su jednostavnu taksonomiju modela i mjera kvalitete života na osnovi vrsta dimenzija, domena i instrumenata. Dimenzije kvalitete života podijelili su na (Netuveli i Blane 2008, 115–116):

- objektivne koje su zasnovane na temelju vanjskih opažanja starije osobe, kao što su životni standard, stupanj obrazovanja, prihod, zdravstveno stanje i dugovječnost i
- subjektivne dimenzije koje se temelje na psihološkom odgovoru starije osobe, kao što su zadovoljstvo životom, sreća i samoprocjena.

Domene prikazane u ovom modelu taksonomije jesu:

- tjelesno zdravlje kao opće samoprocijenjeno zdravlje ili ono koje je specifično za pojedinu bolest,
- psihološka domena poput primjerice subjektivnog blagostanja, zadovoljstva životom i sreće,
- društvena domena koja se odnosi na društvene odnose i socijalnu mrežu.

Instrumenti za mjerenje kvalitete života u ovom modelu podijeljeni su na:

- generičke koji se mogu koristiti među svim ispitanicima starije dobi uključenim u istraživanja i
- idiopatske koji su prilagođeni pojedinim sudionicima studija o kvaliteti života starijih osoba (Netuveli i Blane 2008, 115–116).

Jedan od važnih razloga za porast broja znanstvenih istraživanja na području kvalitete života starijih osoba jest zabrinutost među kreatorima politike o posljedicama starenja

stanovništva, što posebice utječe na potrošnju zdravstvene i socijalne skrbi, a sve sa svrhom da se pronađu načini kako starijim osobama omogućiti što dulju neovisnost i na taj način izbjeći skupu institucijsku skrb (Walker 2005, 3).

Autori Walker i Mollenkopf (2007, 3) definiraju kvalitetu života kao multidimenzionalni, holistički koncept koji se procjenjuje s različitih stajališta i u mnogim znanstvenim disciplinama. Kako istraživanje kvalitete života mora obuhvatiti sva važna područja života treba mu se pristupiti iz interdisciplinarne perspektive. To se posebno odnosi na istraživanje kvalitete života u starosti jer je i samo starenje multidisciplinarni proces (Walker i Mollenkopf 2007, 3). Na kvalitetu života starijih osoba utječu starenje stanovništva i epidemiološka tranzicija bolesti s povećanjem kroničnih komorbiditeta (Karmakar i sur. 2018, 95).

Starost može biti ugodna faza života povezana s objektivnim životnim čimbenicima starije osobe, ali i sa subjektivnom percepcijom starije osobe o objektivnoj stvarnosti. Prema autorima Xavier i sur. (2003, 32) pozitivna kao i negativna kvaliteta života starijih osoba ovisit će o subjektivnim unutarnjim i objektivnim vanjskim promjenama.

U studiji koja je ispitivala kod osoba od 80 godina i starijih prevalenciju pozitivne i negativne kvalitete života utvrdili su kako je više od polovice ispitanika (57%) pozitivno ocijenilo svoju trenutnu kvalitetu života, a 18% ispitanika je negativno ocijenilo svoju trenutnu kvalitetu života. Oni ispitanici koji su svoju kvalitetu života ocijenili negativno imali su više zdravstvenih problema i više depresivnih simptoma, manje su bili zadovoljni svojom ekonomskom situacijom u odnosu na one koji su pozitivno ocijenili svoju trenutnu kvalitetu života. Među ispitanicima koji su svoju kvalitetu života ocijenili pozitivno ili negativno nije bilo razlike prema spolu kao ni prema socioekonomskim obilježjima. Negativna kvaliteta života bila je povezana samo sa zdravljem te autori smatraju kako je za osobe starije životne dobi negativna kvaliteta jednaka gubitku zdravlja (Xavier i sur. 2003, 36–38).

Koncepti kvalitete života, zadovoljstva životom kao i uspješnog starenja pojavili su se tijekom polovice prošlog stoljeća na područjima različitih znanosti (Kelley-Gillespie 2009, 260). Utvrđena je povezanost smanjenja kvalitete života s kroničnim bolestima, invaliditetom i komorbiditetom koji se događaju tijekom starenja (White i sur. 2009, 1).

Socijalni gerontolozi u Europi smatraju da na kvalitetu života utječu podjednako objektivne društvene i ekonomske okolnosti kao i karakteristike pojedinca (Bowling 2004, 14). Kelley-Gillespie (2009, 260) u svom je radu predstavila integrirani model kvalitete života koji čine šest domena: društveno blagostanje, tjelesno blagostanje, psihološko blagostanje, kognitivno blagostanje, duhovno blagostanje i blagostanje okoliša. Autorica smatra kako su ove domene bitni čimbenici u određivanju percepcije kvalitete života starijih osoba (Kelley-Gillespie 2009, 260).

Arnold (1991, 52) definira kvalitetu života kao složeni koncept koji uključuje tjelesno funkcioniranje i simptome, emocionalno funkcioniranje, bihevioralno, intelektualno i kognitivno funkcioniranje, društveno funkcioniranje i postojanje mreže podrške, zadovoljstvo životom, percepciju zdravlja, ekonomski status, sposobnost ostvarivanja interesa i rekreacije, seksualno funkcioniranje, energiju i vitalnost. To se posebice odnosi na kvalitetu života kod slabih, starijih osoba (Arnold 1991, 52).

Kane (2001, 297) je identificirala 11 domena kvalitete života: udobnost, funkcionalna kompetencija, autonomija, dostojanstvo, privatnost, individualnost, smisljena aktivnost, odnosi, užitak, sigurnost i duhovno blagostanje. Ove domene su relevantne i za kvalitetu života korisnika domova za starije (Kane i sur. 2003, 240). Autori smatraju kako je kvaliteta života subjektivan pojam te da korisnici domova za starije najbolje mogu procijeniti svoju kvalitetu života (Kane i sur. 2003, 240).

Kane i sur. (2003, 240) također tvrde da samoprocjena korisnika domova za starije o njihovim životnim iskustvima treba biti dio procjene kvalitete života te smatraju samoprocjenu korisnika „zlatnim standardom“ kvalitete života korisnika domova za starije. Autori Kane i sur. (2003, 241) identificirali su 11 domena kvalitete života značajnih za život u domovima za starije na temelju pregleda recentne literature, fokus grupa, mišljenja stručnjaka i rasprava s relevantnim dionicima. Svaka od 11 domena predstavlja rezultat (ishod) iskustva pojedinca koji se može uspješno izmjeriti i ispitati (Kane 2001, 297).

Za istraživanje kvalitete života starijih osoba dostupno je nekoliko ključnih multidimenzionalnih instrumenata i testova s različitim domenama koje su prikladne za stariju populaciju. Kako postoji mnoštvo potencijalnih domena, područja na kojima se ispituje kvaliteta života i dimenzija odgovora, tako nema niti jedne definicije ili

konceptijskog okvira koji bi odgovarali svim znanstvenicima ili studijama (Stewart i King 1994, 31).

U gerontologiji je kvaliteta života povezana s načinom na koji osoba starije životne dobi doživljava proces starenja i starosti koji proizlazi iz kombinacije održavanja funkcionalnih i kognitivnih sposobnosti i odgovarajuće društvene podrške. U tom smislu značajni formalni i neformalni osobni odnosi i društveno okruženje imaju važnu ulogu u kvaliteti života starijih osoba (Lawton 1991, 3–27).

Zaštita zdravlja starijih osoba zahtijeva interdisciplinarni i intersektorski pristup skrbi koji se prvenstveno temelji na znanstvenim disciplinama gerontologiji i gerijatriji (Duraković i sur. 2007, 527–553; Arai i sur. 2012, 16–22). Institucijska i izvaninstitucijska skrb za starije nužno su međusobno usmjerene i komplementarne u domeni integriranoga gerontološkog pristupa s ciljem objedinjenja u jedinstveni sustav (Williams i sur. 2009, 95–105; Tomek-Roksandić i sur. 2012; Yoo 2017, 155–159). Tako se isprepliću zdravstveni, socijalni, obiteljski, gospodarski i drugi aspekti skrbi za starije osobe (Duraković i sur. 2007, 527–553; Christensen i sur. 2009, 10; Arai i sur. 2012, 16–22).

Preseljenjem u dom za starije osobe dolazi do promjena koje značajno utječu na kvalitetu života pojedinca (Friedman i sur. 2005, 165). Promjene se događaju u društvenim interakcijama i prilagođavanju domenama koje uključuju privatnost, dostojanstvo i neovisnost (Kane 2003, 31). Kvaliteta života korisnika domova za starije osobe u velikoj mjeri ovisi o prihvaćanju stvarnih životnih okolnosti, uz maksimalno očuvanje neovisnosti, mogućnosti da samostalno donose odluke, povezanosti s drugima, poštivanju privatnosti, primjerenom kućnom okruženju i kompetentnom stručnom osoblju (Bradshaw i sur. 2012, 439).

Kvaliteta života u domovima za starije osobe rezultat je najmanje četiri čimbenika:

- zdravstvenog statusa korisnika,
- korisnikove socijalne situacije koja uključuje i podršku obitelji izvan doma za starije,
- korisnikove osobnosti,
- skrbi i okruženja koje se nudi korisniku u domu za starije osobe (Kane 2003, 35).

Pretpostavka je autorice da domovi za starije osobe možda neće moći utjecati na sve nabrojene čimbenike, ali to ne treba stajati na putu barem djelomičnog poboljšanja i posljedično bolje kvalitete života korisnika domova za starije osobe (Kane 2003, 35).

U provedenoj teorijskoj analizi temeljenoj na postojećoj literaturi i studijama o kvaliteti života korisnika domova za starije osobe identificirano je pet izazova u mjerenju kvalitete života:

1. koncipiranje pitanja s odgovarajućim kategorijama odgovora i vremenskim terminima,
2. razvoj planiranja uzimanja uzoraka,
3. prikupljanje informacija od strane pojedinaca i ustanova,
4. provjera ispravnosti onoga što su u konačnici subjektivni koncepti,
5. razvijanje pristupa korištenjem promatranja i zamjena za procjenu kvalitete života za približno 40% korisnika koje neće biti moguće intervjuirati (Kane 2003, 28).

Za stariju osobu preseljenje u dom za starije osobe predstavlja velike životne promjene koje značajno utječu na kvalitetu života pojedinca (Bradshaw i sur. 2012, 429). Kada su u pitanju starije osobe, Stewart i King (1994, 28–29) preporučuju sveobuhvatnu definiciju kvalitete života koju čine domene: zadovoljstvo životom; psihološko blagostanje/nevolja, bol i nelagoda, energija/umor, samopoštovanje i osjećaj nadmoći/kontrola; kognitivno funkcioniranje, tjelesno funkcioniranje, društveno funkcioniranje, seksualno funkcioniranje; sposobnosti obavljanja uobičajenih dnevnih aktivnosti, samoodržavanje, briga o sebi i percipirano zdravlje.

2.4 Institucijska i izvaninstitucijska skrb za starije

Prema Ustavu Republike Hrvatske, Hrvatska se kao država opredijelila za zaštitu starijih osoba kao ranjive skupine. Isto tako u Ustavu RH je navedeno da su djeca dužna brinuti se za stare i nemoćne roditelje. Nadalje, starije i nemoćne osobe u sustavu socijalne skrbi prepoznate su kao posebno osjetljiva skupina korisnika što je propisano i Zakonom o socijalnoj skrbi. Prema Obiteljskom zakonu punoljetno dijete dužno je uzdržavati roditelja koji nije sposoban za rad, a nema dovoljno sredstava za život ili ih ne može ostvariti iz svoje imovine (MRMOSP 2020a, 1).

S obzirom na sve ovo ranije navedeno te da su osobe starije životne dobi prepoznate kao posebno osjetljiva i ranjiva skupina kojoj bi se trebalo omogućiti pravo na dostojanstvenu starost, Hrvatska je donijela više strategija socijalne skrbi za starije osobe. Jedna je donesena za razdoblje 2014. do 2016., a druga od 2017. do 2020. godine (MRMOSP 2020a, 4).

Starije stanovništvo nije ravnomjerno rasprostranjeno po županijama u Republici Hrvatskoj, pa najmanji broj starijih živi u Ličko-senjskoj županiji, a najviše starijih osoba živi u gradu Zagrebu. Vjerojatno su neki od razloga migracije iz sela u grad, a i to da u većim gradovima postoji mogućnost bolje skrbi za osobe starije životne dobi (MRMOSP 2020a, 7). Kao što ni starije stanovništvo nije jednako rasprostranjeno u Hrvatskoj tako ni smještajni kapaciteti za osobe starije životne dobi nisu jednako raspoređeni. Najveća pokrivenost starijeg stanovništva uslugom socijalnih usluga smještaja u postotku je u Bjelovarsko-bilogorskoj i Koprivničko-križevačkoj, a najmanji u Krapinsko-zagorskoj, Primorsko-goranskoj, Ličko-senjskoj, Virovitičko-podravskoj, Zadarskoj, Šibensko-kninskoj, Splitsko-dalmatinskoj, Istarskoj i Dubrovačko-neretvanskoj županiji (MRMOSP 2020a, 17).

Osobe starije životne dobi najčešći su korisnici cjelodnevne skrbi. S porastom dobi, starije osobe suočavaju se s brojnim problemima te mnoge postaju korisnici institucijske skrbi. Stoga ovu lošu neravnomjernu raspodijeljenost institucijske skrbi treba promijeniti na način da se kod planiranja smještajnih kapaciteta na pojedinom području vodi računa o demografskim pokazateljima (MRMOSP 2020a, 8).

Osobe starije životne dobi prema Zakonu o socijalnoj skrbi mogu ostvariti različita prava, među kojima su za njih najznačajnija (MRMOSP 2020a, 11–13):

- novčane naknade:
 - zajamčena minimalna naknada,
 - naknada za troškove stanovanja i troškovi ogrjeva,
 - naknada za osobne potrebe korisnika smještaja,
 - jednokratna naknada,
 - doplatak za pomoć i njegu,

- osobna invalidnina te
- pravo na socijalne usluge:
 - usluga smještaja i
 - usluga pomoći u kući (MRMOSP 2020a, 11–13).

Uspoređujući razliku između razvijenih država i država koje su u fazi tranzicije primijećeno je da je u razvijenim državama skrb o osobama starije životne dobi usmjerena na što duži boravak u vlastitom domu kao i izvaninstitucijskoj skrbi, a u državama koje su u tranziciji pretežno je to institucijski smještaj. Hrvatska u odnosu i na jedne i druge države rješenje vidi u razvoju i institucijske i izvaninstitucijske skrbi. Po pitanju kvalitete dugotrajne skrbi za osobe starije životne dobi, ona se razlikuje među državama kao i unutar država, ali najvažnije je da kvaliteta usluge dugotrajne skrbi ne zadovoljava uvijek potrebe korisnika (Stavljenić-Rukavina i sur. 2012, 5). Neodgovarajuća skrb za osobe starije životne dobi u sva ranije navedena modela može se rezimirati u sljedeće: neprimjereni smještaj, ograničenje u održavanju socijalnih kontakata, nepoštivanje privatnosti i dostojanstva te nepoštivanje individualnih potreba korisnika doma za starije (Stavljenić-Rukavina i sur. 2012, 5).

Smještaj je usluga koja se odnosi na uslugu skrbi izvan vlastite obitelji, a pruža se kao institucijska i izvaninstitucijska skrb. Usluga smještaja može se ostvariti kao institucijska skrb u državnim, decentraliziranim i domovima drugih osnivača ili kao izvaninstitucijska skrb u obiteljskim domovima, udomiteljskim obiteljima, organiziranom stanovanju ili u zajednicama stambenih jedinica (MRMOSP 2020a, 13).

Usluga smještaja može biti privremena ili dugotrajna, a osobama starije životne dobi koje imaju trajno promijenjeno zdravstveno stanje te im je potrebna stalna skrb i pomoć priznaje se dugotrajni smještaj. Odluku o pravu na dugotrajni smještaj donosi centar za socijalnu skrb. U slučaju da starija osoba ima sklopljen ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju, kojoj članovi obitelji mogu pružiti pomoć i njegu ili se pomoć i njega može osigurati na drugi način, tada starije osobe nemaju pravo na dugotrajni institucijski smještaj. U tom slučaju korisnik može sam izabrati socijalnu uslugu i pružatelja s kojim sklapa ugovor o pružanju socijalne usluge bez rješenja centra za socijalnu skrb (MRMOSP 2020a, 13).

Institucijska skrb je vrlo kompleksna jer se u njoj isprepleću i socijalna skrb i zdravstvena zaštita. Osim što je većini korisnika zbog njihove starije životne dobi i poteškoća zbog kojih su smješteni u dom, potrebna kvalitetna zdravstvena zaštita, korisnici u domovima za starije osobe žive i imaju svakodnevne socijalne interakcije (Stavljenić-Rukavina i sur. 2012, 6).

Prema članku 162. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga Ministarstva socijalne politike i mladih (Narodne novine 40/2014) osobe starije životne dobi imaju pravo na sljedeće vrste usluga: „uslugu smještaja, uslugu smještaja u obiteljskom domu, uslugu poludnevnog boravka, uslugu cjelodnevnog boravka, uslugu pomoći u kući i usluga organiziranog stanovanja u stambenim jedinicama“ (Narodne novine 40/2014).

Koju će od gore navedenih vrsta usluga ostvariti osoba starije životne dobi ovisi o nizu različitih čimbenika. Ako je odrasla osoba teško bolesna, prema članku 163. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga, može ostvariti uslugu smještaja u domu za starije osobe ili uslugu smještaja u obiteljskom domu (Narodne novine 40/2014). Usluge iz članaka 162. i 163. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga koje koriste starije osobe sastoje se prema članku 172. istog Pravilnika od niza aktivnosti kao što su „briga o zdravlju, njega, fizikalna terapija, usluge socijalnog rada, aktivno provođenje vremena i radne aktivnosti, organiziranje prehrane u kući korisnika, obavljanje kućnih poslova u kući korisnika, održavanje osobne higijene u kući korisnika, uređenje okućnice i tehničkih poslova u kući korisnika, te aktivnosti podrške u organiziranom stanovanju“ (Narodne novine 40/2014). Više o intenzitetu pruženih usluga smještaja osobama starije životne dobi u domu za starije osobe detaljnije je objašnjeno u poglavljima 1.4.2 Instrument i 3.3.2 Opis instrumenta ove Doktorske disertacije.

U Hrvatskoj je prema podacima Godišnjeg statističkog izvješća o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj, Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (MRMOSP 2020b) u 2019. godini evidentirano tri državna doma za starije osobe, 45 decentraliziranih/županijskih i 106 domova drugih osnivača. Ukupno, u svim domovima za starije osobe bez obzira na osnivača, u 2019. godini bilo je smješteno 17.573 korisnika (MRMOSP 2020b). Ti se podaci djelomice razlikuju u odnosu na podatke iz 2015., iznesene također u ovoj Doktorskoj disertaciji u poglavlju 2.4.2 Domovi za starije

osobe u RH. Glavni razlozi smještaja u domove za starije osobe prema podacima Godišnjeg statističkog izvješća o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2019. godini su bolest i nemoć, invalidnost, usamljenost, neodgovarajući uvjeti stanovanja, poremećeni odnosi u obitelji i drugo (MRMOSP 2020b).

Osim što se domovi za starije osobe razlikuju prema osnivaču tako se razlikuju prema kvaliteti kao i u cijeni smještaja. Cijena smještaja u decentraliziranim domovima za starije osobe nešto je niža od tržišne (domovi za starije drugih osnivača u privatnom vlasništvu) pa je time i lista za smještaj u decentralizirane domove puno veća (Bađun 2018, 1).

Izvaninstitucijska skrb kao oblik usluge smještaja za osobe starije životne dobi pruža se u obiteljskim domovima kao i u udomiteljskim obiteljima. Specifično za udomiteljske obitelji je da u njima mogu biti smještene najviše četiri osobe starije životne dobi, a u obiteljskim domovima između 5 i 20 osoba starije životne dobi (MRMOSP 2020a, 14).

2.4.1 Razlozi smještaja starijih osoba u domove za starije

Najveći broj smještaja u domove za starije osobe nalazi se u najstarijim dobnim skupinama. Međutim, unatoč tomu što je broj starijih od 85 i više godina u porastu, nema mnogo istraživanja koja bi se odnosila na dobno specifične čimbenike institucionalizacije (Hajek i sur. 2021, 1096).

Autori Hajek i suradnici (2021, 1099–1101) utvrdili su u svom istraživanju da su čimbenici povezani sa smještajem u dom za starije osobe među najstarijom dobnom skupinom od 85 godina i više u Njemačkoj različite sociodemografske i zdravstvene varijable koje uključuju bračni status, odnosno biti samac, razveden ili udovac, zatim depresivni simptomi, socijalna izolacija, povećana kognitivna oštećenja i viša razina krhkosti (frailty). Osobe starije životne dobi s utvrđenim multimorbiditetima poput srčanožilnih bolesti, demencije, anemije i psihijatrijskih bolesti u povećanom su riziku od smještaja u dom za starije osobe. Kod osoba koje imaju srčanožilne bolesti, demenciju i anemiju, prisutnost formalne i neformalne skrbi smanjuje rizik od institucionalizacije za razliku od onih sa psihijatrijskim bolestima kojima odsutnost formalne skrbi povećava rizik od institucionalizacije. Ovo nam sugerira da u osoba sa specifičnim multimorbiditetima

formalna i neformalna skrb mogu smanjiti rizik od institucionalizacije (Marengoni i sur. 2021, 2188).

Važan razlog institucionalizacije osoba s demencijom jest nedostatak vještina kod njegovatelja koji skrbe o njima. Stoga bi formalna skrb u ovakvim slučajevima pružila odgovarajuću uslugu, a time bi se odgodio smještaj u domove za starije osobe. Skrb za starije osobe koje imaju specifične potrebe, poput psihijatrijskih bolesnika, često zahtijeva visoko specijaliziranu skrb pa se u slučaju nedostatka takve formalne skrbi povećava rizik od smještaja u dom za starije (Marengoni i sur. 2021, 2188). Čimbenici koji predviđaju smještaj u dom za starije osoba s demencijom jesu sociodemografske karakteristike oboljelog, karakteristike njegovatelja i zdravstveni status primatelja skrbi (Buhr i sur. 2006, 53).

Razlozi neformalnih njegovatelja koji su najčešće članovi obitelji za donošenje odluke o preseljenju osobe s demencijom u dom za starije osobe mogu biti vrlo različiti. Stoga je važno utvrditi njihove razloge kako bi se razumjeli procesi institucionalizacije. S obzirom na to da pružatelji zdravstvenih usluga zbog svojih ključnih pozicija mogu utjecati na odluke njegovatelja, bitno je imati smjernice koje bi pomogle u donošenju odluka o preseljenju u dom za starije osoba s demencijom o kojima skrbe. Time bi se njegovateljima, pružajući im pomoć i podršku, olakšala odluka o institucionalizaciji i jednim dijelom i utjecalo na smanjenje mogućeg osjećaja krivnje i tereta neformalnih njegovatelja (Buhr i sur. 2006, 53).

U longitudinalnoj studiji koja je ispitala razloge odluke neformalnih njegovatelja za institucionalizaciju starijih osoba s demencijom, autori Buhr i sur. (2006, 58) utvrdili su kako su najčešći razlozi smještaja u dom za starije osobe percipirana potreba njegovatelja za kvalificiranom skrbi koju njegovatelji nisu u mogućnosti pružiti osobi o kojoj skrbe, pogoršanje zdravstvenog stanja njegovatelja koje će onemogućiti nastavak skrbi, kao i promjena u ponašanju primatelja skrbi vezano uz demenciju te potreba za dodatnom pomoći u skrbi osobe za koju se brinu.

Bolje razumijevanje potreba i mogućnosti njegovatelja u skrbi osoba s demencijom omogućilo bi raniju intervenciju i zadovoljenje potreba njegovatelja, a time bi posljedično i odgađalo preseljenje u dom za starije (Buhr i sur. 2006, 58). Smještaj u dom za starije predstavlja veliku životnu odluku i događaj kako za samu stariju osobu tako i za njezinu

obitelj i njegovatelje. Iako je preseljenje u dom za starije važna odluka, često nedostaje informiranih smjernica s područja zdravstvene i socijalne skrbi koje bi pomogle u pronalasku odgovarajućeg i pravovremenog smještaja, što bi bilo na korist potencijalnom korisniku doma za starije osobe, ali i obitelji korisnika (Buhr i sur. 2006, 58–60).

S porastom broja starijih osoba i starenjem stanovništva diljem svijeta očekuje se i povećana prevalencija kroničnih nezaraznih bolesti, a u skladu s time i porast broja starijih osoba kojima će trebati usluge dugotrajne skrbi. Ovakva globalna pojava značajno utječe na politike država kao i zdravstvene i socijalne usluge zahtijevajući pronalaženje načina kako osigurati kapacitete dugotrajne skrbi i moguće troškove (Wong i sur. 2010, 1). Kako se očekuje porast potražnje za nekim od oblika dugotrajne skrbi koji predstavlja visoke troškove, javlja se sve veći interes među kreatorima politika i zdravstvene zaštite i socijalne skrbi za jeftinijim oblicima alternativne skrbi (Wong i sur. 2010, 2).

Sustavnim pregledom trideset i šest studija koje su ispitivale prediktore smještaja starijih osoba u domove za starije u razvijenim zemljama, Luppá i sur. (2010, 34–36) utvrdili su najčešće čimbenike rizika institucionalizacije. Čimbenici rizika za institucionalizaciju jesu kognitivna i/ili funkcionalna oštećenja, pri čemu su kognitivna oštećenja uzrok ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) i instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADL), odnosno ako je osoba kognitivno oštećena dolazi do somatskih oštećenja koja onda predstavljaju rizik od institucionalizacije. Najjači prediktor institucionalizacije jest demencija koja povećava rizik od institucionalizacije do 17 puta, zatim nisko procijenjen zdravstveni status koji povećava rizik od institucionalizacije za dva do šest puta, kao i korištenje velikog broja receptnih lijekova. Nedostatak njegovatelja, nezaposlenost, a kod starije osobe niska razina aktivnosti, loša socijalna mreža i samački život povećali su rizik od smještaja u dom za starije osobe do dva puta.

Gaugler i sur. (2007, 12) u svojoj su metaanalizi identificirali značajne prediktore smještaja u dom za starije u SAD-u. Nedostatak neformalne podrške i socioekonomskih resursa snažni su prediktori koji ubrzavaju institucionalizaciju, a najsnažniji prediktori prijema u dom za starije osobe bile su ovisnost u tri ili više aktivnosti svakodnevnog života, kognitivna oštećenja i prethodni boravak u domu za starije osobe.

Uspoređujući čimbenike rizika institucionalizacije starijih osoba s demencijom i bez demencije, Andel i suradnici (2007, 224–226) u svom su istraživanju utvrdili kako starija dob, bijela rasa, dijagnoza šećerne bolesti, moždani udar, inkontinencija i poteškoće u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života povećavaju rizik smještaja u dom za starije osobe kod osoba koje nemaju dijagnosticiranu demenciju. Povećani rizik institucionalizacije kod starijih osoba s demencijom bili su povećana dob i bijela rasa. Prisutnost njegovatelja, udovištvo, srčane bolesti i artritis smanjili su rizik preseljenja u dom za starije osobe (Andel i sur. 2007, 224–226).

U istraživanju Andel i suradnika (2007, 225) dijagnoza demencije predstavlja značajan čimbenik rizika od institucionalizacije te povećava rizik od preseljenja u dom za starije osobe za 54%. Među osobama s demencijom niti jedno drugo zdravstveno stanje nije bilo prediktor smještaja u dom za starije osobe (Andel i sur. 2007, 225). Artritis je bio zaštitni čimbenik od smještaja u dom za starije u cijelom uzorku i kod sudionika bez demencije, a srčana bolest bila je zaštitni čimbenik među onima bez demencije (Andel i sur. 2007, 226).

Simeão i suradnici (2018, 3932) smatraju kako institucionalizacija, odnosno boravak u domu za starije ne dovodi do pogoršanja kvalitete života starije osobe, nego percepcija kvalitete života može biti ugrožena već prilikom traženja smještaja u domu za starije osobe. Preseljenje u dom za starije kao i prilagodba na život u domu za starije predstavlja veliku životnu promjenu i stresni je životni događaj ne samo za mnoge starije osobe, nego i za članove njihovih obitelji (Lee i sur. 2002, 667; Sury i sur. 2013, 867; Nygaard i sur. 2020, 3).

Preseljenje u dom za starije osobe veliki je korak u životu svake starije osobe jer će to između ostalog za većinu biti i njihov posljednji dom. Isto tako i prilagodba na dom za starije osobe teško je razdoblje za nove korisnike i članove njihovih obitelji te može predstavljati izvor tjeskobe za korisnike i osjećaj krivnje za članove obitelji (Sury i sur. 2013, 872–873). Prema Nakrem i suradnicima (2013, 6) za korisnike domova za starije osobe, percepcija preseljenja iz vlastitog doma u dom za starije osobe varirala je između dva suprotna osjećaja, želje s jedne i poraza s druge strane.

Domove za starije osobe njihovi korisnici nisu doživljavali svojim pravim domom. Izvijestili su o svojim pomiješanim osjećajima zbog toga što su im nedostajali njihovi

vlastiti domovi i poželjeli su biti ponovno u njima. Kako bi u domu za starije osobe imali osjećaj doma, važno im je imati nešto od osobnih stvari kao što su privatne fotografije ili vlastiti komad namještaja. Za korisnike domova za starije osobe bilo je važno da se u njima osjećaju sigurno, da imaju mogućnost privatnosti kada to žele kao i priliku za nastavak bavljenja nekom od aktivnosti od prije smještaja u dom za starije osobe i uživanje u druženjima te stvaranje zajednica s drugim korisnicima (Nygaard i sur. 2020, 9–11). Niža kvaliteta života uzrokovana negativnim ishodima starenja utječe na razinu neovisnosti (samostalnosti) što u konačnici dovodi do odluke za smještaj u dom za starije osobe (Pramesona i Taneepanichskul 2018, 327).

Smještaj u dom za starije osobe predstavlja velike promjene za stariju osobu zbog gubitaka s kojima se suočava, neizvjesnosti i problema povezanih sa specifičnostima doma za starije osobe. Preseljenje u dom za starije osobe pretpostavlja prihvaćanje poštivanja pravila i propisa doma kao i ograničenja koje to donosi (Lee i sur. 2002, 667–670). U studiji Lee i suradnika (2002, 667–670) opisano je kako vrijeme prilagodbe za nove korisnike doma za starije osobe od prijema u dom traje otprilike od tri do sedam mjeseci. Za korisnika je važno da se nakon smještaja u dom za starije osobe vrati u normalu kako bi mogao zadržati osjećaj predvidljivosti kao i dobiti u suočavanju s novim okruženjem u kojem se nalazi. Proces prilagodbe sastoji se od četiri faze:

- orijentacija,
- normalizacija,
- racionalizacija i
- stabilizacija (Lee i sur. 2002, 667–670).

Cilj ovih četiriju faza prilagodbe jest da se korisnik vrati u približno sličan život koji je imao prije smještaja u dom za starije osobe. Kako će proći proces prilagodbe ovisi o korisnikovom životnom iskustvu i sociokulturnim vrijednostima. Ako su korisnikova ranija životna iskustva i sociokulturne vrijednosti u skladu s iskustvima u domu za starije osobe, onda će se proces prilagodbe odvijati lakše (Lee i sur. 2002, 672–673).

U istraživanjima koja se bave pitanjima skrbi o starijim osobama, upravo zbog porasta broja osoba starijih od 90 godina, sve su zastupljenija i istraživanja skrbi najstarijih osoba koja predstavlja velik izazov za sve strukture društva, a posebice zdravstvene i socijalne

organizacije (Escourrou i sur. 2020, 2). U sustavnom pregledu 35 studija starijih osoba u dobi od 90 ili više godina koje su proveli Escourrou i suradnici (2020, 6) rezultati su pokazali kako su osobe od 90 godina heterogena populacija s aspekta kognitivnog, funkcionalnog, tjelesnog i nutritivnog statusa, od onih s očuvanim funkcijama do onih s demencijom ili tjelesnim invaliditetom.

Prema istraživanju Del Duce i suradnika (2012, 4) rizik institucionalizacije povećava se s dobi. Čimbenik koji povećava vjerojatnost institucionalizacije starijih osoba jest povećana prevalencija kroničnih nezaraznih bolesti i bolničkih prijema među najstarijim odraslim osobama (Del Duca i sur. 2012, 4).

Dosadašnja literatura govori da su za prijem u dom za starije osobe rizični čimbenici dob, dijagnoza, samački život, nedostatak u svakodnevnim aktivnostima te dostupnost obiteljske i socijalne podrške (Ribbe i sur., 1997, 10). Utvrđivanje prediktora smještaja u dom za starije osobe može pomoći u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi u smislu smanjenja broja osoba koje trebaju institucionalizaciju, odgađanje institucionalizacije i smanjenje visokih troškova smještaja u dom za starije osobe (Andel i sur. 2007, 224).

U većini razvijenih zemalja udio stanovništva u dobi od 65 i više godina u domovima za starije osobe (institucijskoj skrbi) varira između 5 i 7 posto. Takve usporedbe trebaju uzeti u obzir vrstu ustanove (prikazane su samo formalne ustanove za dugotrajnu njegu jer povećana raznolikost u smještaju otežava izdvajanje domova za starije osobe) (Jacobzone 1999, 13). Jacobzone i suradnici (2000, 170) navode na osnovu međunarodnih podataka kako bi neformalna skrb mogla činiti i do 80% ukupne skrbi za starije osobe.

Ne postoje univerzalno definirane specifične usluge dugotrajne skrbi (Ribbe i sur. 1997, 4). Za opisivanje dugotrajne skrbi koriste se drukčiji izrazi u različitim državama. Tako se primjerice u Irskoj i Kini naziva dugotrajna skrb (*long-term care*), rezidencijalna skrb (*residential care*) u Novom Zelandu i Hong Kongu, u Velikoj Britaniji dom za starije osobe (*nursing home*) (*care home*), u Kanadi i Nizozemskoj dom za starije osobe (*nursing home*), u Australiji dom za starije osobe (*nursing home*) ili ustanova za skrb starijih osoba (*aged care facility*), u SAD-u ustanova za kvalificiranu skrb (*skilled nursing facility*), ustanova za skrb starijih osoba (*aged care facility*), ustanova za dugotrajnu skrb (*long-term care*) ili ustanova za uzdržavanje ili pomoć osobama koji su funkcionalno onesposobljene (*assisted living facility*) (Murphy i sur. 2014, 302).

Pojam „dugotrajna skrb“ odnosi se na usluge i podršku u održavanju svakodnevnog života osobama s invaliditetom i starijim osobama, uključuje institucijsku i izvaninstitucijsku skrb te usluge zdravstvene njege kao i druge usluge koje nisu povezane sa zdravstvenom njegom (Harris-Kojetin i sur. 2019, 2). Dugotrajna skrb odnosi se na usluge koje uključuju pomoć u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) i u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADL) te održavanju zdravlja (Harris-Kojetin i sur. 2019, 2). Kako bi se održala ili poboljšala optimalna razina tjelesnog funkcioniranja i kvalitete života starije osobe, potrebna joj je usluga dugotrajne skrbi koja može uključiti i pomoć drugih osoba i specijaliziranu opremu ili pomagala. Hoće li osoba dobiti uslugu dugotrajne skrbi, ovisi o funkcionalnim ograničenjima i potrebom za pomoći u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) i instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADL) bez obzira na sociodemografska obilježja (Harris-Kojetin i sur. 2019, 2).

Usluge dugotrajne skrbi mogu biti potrebne osobama svih dobi, međutim, rizik za potrebama usluga dugotrajne skrbi raste s porastom dobi i takve usluge najviše trebaju osobe starije životne dobi. Kako na globalnoj razini raste broj starijih osoba u ukupnom stanovništvu javlja se zabrinutost za financijsku održivost odnosno pronalaženje načina plaćanja usluga dugotrajne skrbi (Harris-Kojetin i sur. 2019, 3).

Potreba za dugotrajnom skrbi neprestano se povećava, a kako će države reagirati na tu potrebu ovisit će o politikama pojedine države i sustavima zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, načinima i mogućnostima financiranja na državnoj i lokalnoj razini, javnom i privatnom sektoru kao i međuresornoj suradnji (Ribbe i sur. 1997, 4). Dugotrajna skrb uključuje formalne i neformalne sustave podrške, pri čemu formalnu skrb čini širok raspon usluga u zajednici, institucijsku skrb u domovima za starije osobe i hospicijima kao i tretmane koji zaustavljaju ili preokreću tijek bolesti i invaliditeta (World Health Organization 2002, 22). Prema Kane i Kane (2000, 659) dugotrajna skrb odnosi se na skrb koja se pruža tijekom duljeg vremena osobama koje nikad nisu bile neovisne ili su izgubile neovisnost u jednom ili više područja funkcioniranja.

Planiranje dugotrajne skrbi vrlo je važna tema svih društava i vodećih politika s obzirom na predviđeni porast broja starijih osoba u ukupnom stanovništvu uzrokovan starenjem *baby boom* generacije i produljenjem životnog vijeka, napretkom u javnom zdravstvu i medicinskim znanostima, zbog sve većih rastućih zahtjeva kao i ograničenih resursa

(Friedemann i sur. 2004, 520). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (World Health Organization 2000, 1) dugotrajna skrb sastavni je dio zdravstvenog i socijalnog sustava, a uključuje aktivnosti koje za osobe kojima je potrebna skrb obavljaju formalni i neformalni njegovatelji, uključujući stručnjake s područja zdravstvene i socijalne skrbi, te tradicionalni njegovatelji i volonteri.

Za osobe koje nisu u potpunosti sposobne dugotrajno se skrbiti o sebi, cilj dugotrajne skrbi jest osigurati održavanje njihove najbolje moguće kvalitete života uz najveći stupanj neovisnosti, autonomije, sudjelovanja, osobnog ispunjenja i ljudskog dostojanstva. Dugotrajna skrb može biti pružena u vlastitom domu ili u ustanovi, a uključuje poštovanje vrijednosti, afiniteta i potreba osoba koje koriste dugotrajnu skrb (World Health Organization 2000, 1).

Hoće li pojedinac imati potrebu za dugotrajnom skrbi ovisi o promjenama koje se događaju na tjelesnim, mentalnim i/ili kognitivnim funkcionalnim sposobnostima, a koje su ovisne o okolišnim čimbenicima (World Health Organization 2000, 1).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (World Health Organization 2000, 8) dugotrajna skrb može biti institucijska ili izvaninstitucijska, formalna ili neformalna. Institucijska dugotrajna skrb se odnosi na pružanje dugotrajne skrbi za tri ili više osoba na istom mjestu, a koje nisu u krvnom srodstvu. Izvaninstitucijska dugotrajna skrb uključuje udomiteljstvo, a može biti pružena isključivo u kući korisnika ili u kombinaciji sa skrbi u zajednici poput dnevnog centra. Formalnu skrb mogu pružati vladine i nevladine organizacije na međunarodnoj, nacionalnoj i lokalnoj razini ili privatni sektor. Neformalnu skrb mogu pružati članovi uže i šire obitelji, prijatelji, susjedi i volonteri pojedinci, a može uključivati i organiziranu pomoć volonterskih organizacija kao što su vjerske organizacije (World Health Organization 2000, 8).

Ribbe i suradnici (1997, 4) prema podacima dobivenim iz deset razvijenih zemalja (Danska, Francuska, Island, Italija, Japan, Nizozemska, Švedska, Švicarska, Velika Britanija i SAD) definirali su ustanove za dugotrajnu skrb na temelju karakteristika korisnika koji borave u njima, a u svrhu usporedbe ustanova. Tako definiraju ustanove za dugotrajnu skrb na sljedeći način:

- dom za starije osobe (*nursing home*) je ustanova koja pruža 24-satnu pomoć u aktivnostima svakodnevnog života i mobilnosti, osobnu i psihosocijalnu skrb, paramedicinsku skrb (npr. fizioterapiju i radnu terapiju) te smještaj i hranu,
- domovi za starije osobe (*residential home for elderly people* i *home for the aged*) su ustanove koje pružaju uvjete života prilagođene potrebama korisnika koji obično ne zahtijevaju njegu veću od one koju mogu pružiti patronažne sestre (Ribbe i sur. 1997, 4).

Domovi za starije osobe (*nursing homes*) su ustanove koje pružaju skrb okarakteriziranu kao „najviša razina skrbi“. Kakva će biti dostupnost skrbi u domovima za starije osobe (*nursing homes*) ovisi o ustanovi kao i o pojedinoj državi u kojoj se dom nalazi (Ribbe i sur. 1997, 6). Autori također navode da su korisnici domova za starije osobe (*nursing homes*) osobe starije životne dobi koje imaju kronične bolesti, nesposobnost, tjelesne ili mentalne poteškoće (pretežno demenciju) ili oboje (Ribbe i sur. 1997, 6).

Skrb u domu za starije osobe (*nursing home care*) i dugotrajna skrb (*long-term care*) dugo su bili sinonimi. U slučaju da je starija osoba trebala dugotrajnu skrb, ona bi se pružala u domovima za starije osobe koji su i dalje važan dio trenutnog sustava dugotrajne skrbi. Tek u posljednjih nekoliko desetljeća sektor dugotrajne skrbi počinje se mijenjati i razvijati u sustav, u kojemu se i u okruženjima koja su prikladnija za potrebe korisnika može pružiti dugotrajna skrb. Takvi oblici skrbi mogu uključivati primjerice skrb pružatelja zdravstvenih usluga u kući, dnevnu skrb za starije osobe, rezidencijsku skrb i potpomognutu skrb. Unatoč svim navedenim oblicima skrbi, domovi za starije osobe ostaju važan dio trenutnog sustava dugotrajne skrbi (Castle i Ferguson 2010, 426). Problemi s kojima se susreću domovi za starije osobe vezani su za kvalitetu, a njihova loša kvaliteta pitanje je koje zabrinjava kako korisnike, članove njihovih obitelji, tako i sve dionike koji sudjeluju u skrbi o osobama starije životne dobi (Castle i Ferguson 2010, 426).

S porastom životne dobi raste i rizik od kroničnih bolesti i invaliditeta te su starije osobe upravo zbog tog povećanog rizika primarni primatelji dugotrajne skrbi. Kako se učestalost kroničnih bolesti i invaliditeta sa starenjem povećava, tako se povećava i potreba za korištenjem dugotrajne skrbi (Doty i sur. 1985, 69). Iako je skrb za starije osobe u domu za

starije osobe najvidljiviji oblik dugotrajne skrbi, o najvećem broju osoba starije životne dobi kod kuće se brinu članovi njihovih obitelji, rodbina i prijatelji (Doty i sur. 1985, 69).

Prema Doty i suradnicima (1985, 69) dugotrajnu skrb (*long term care*) karakterizira zdravstvena, socijalna, psihološka i osobna skrb tijekom duljega vremenskog razdoblja. Autori smatraju kako potreba za dugotrajnom skrbi nije povezana isključivo s određenim dijagnozama, nego i s onim mentalnim i tjelesnim nesposobnostima koje otežavaju samostalno funkcioniranje u svakodnevnom životu. Isto tako, autori navode kako se potreba za dugotrajnom skrbi snažno povećava s porastom dobi (Doty i sur. 1985, 69).

Prema Comondore i suradnicima (2009, 1) domovi za starije osobe (*home for elderly people*) su ustanove koje pružaju dugoročni smještaj, podršku i skrb tijekom 24 sata osobama koje ne mogu samostalno funkcionirati, odnosno dom za starije osobe definirali su kao dom za starije osobe u kojemu je većini korisnika potrebna svakodnevna skrb (Comondore i sur. 2009, 3). Bilo da je dom za starije osobe u vlasništvu profitne ili neprofitne organizacije, tip vlasništva može utjecati na strukturu, proces i odrednice ishoda kvalitete skrbi u domovima za starije osobe. Autori napominju kako domovi za starije osobe neovisno o tome jesu li u vlasništvu profitne ili neprofitne organizacije mogu biti financirani iz privatnog i javnog sektora (Comondore i sur. 2009, 1).

U sustavnom pregledu 82 studije o usporedbi kvaliteti skrbi u profitnim i neprofitnim domovima za starije osobe u razdoblju od 1965. do 2003. godine, rezultati su pokazali kako su u 40 studija sve statistički značajne analize davale prednost neprofitnim domovima, dok su u trima studijama statistički značajnu prednost imali profitni domovi. U ostalim studijama nije bilo statistički značajne razlike u kvaliteti skrbi između domova u profitnom i neprofitnom vlasništvu. U konačnici, rezultati ove studije sugeriraju da u prosjeku neprofitni domovi za starije osobe pružaju bolju skrb u odnosu na profitne domove za starije osobe (Comondore i sur. 2009, 7–14).

Domovi za starije osobe važan su dio sustava dugotrajne skrbi, a obično su definirani kao objekti s tri i više kreveta koji pružaju skrb i osobnu njegu poput kupanja, oblačenja, toalete, transfera i hranjenja ili pomoć u aktivnostima kao što su primjerice upravljanje novcem i kretanjem (Jones i sur. 2004, 48). Objekti mogu biti samostojeći ili zasebna cjelina unutar jednog objekta (Jones i sur. 2004, 1). U bliskoj budućnosti očekuje se porast

u potražnji smještaja u domovima za starije osobe zbog sve većeg broja oboljelih od demencije ili onih s teškim tjelesnim ograničenjima (Rijnaard i sur. 2016, 1).

Istraživanje Rijnaard i suradnika (2016, 15) pokazalo je da mnoštvo čimbenika poput psiholoških, društvenih i okolišnih utječe na korisnike domova za starije osobe kako bi dom osjećali kao „vlastiti dom“ te preporučuju holistički pristup u interakciji između psiholoških, društvenih i okolišnih komponenti života u domu za starije osobe. Kako bi se korisnicima doma za starije osobe poboljšao osjećaj doma, okolišne čimbenike treba uzeti u obzir prilikom kreiranja okruženja domova za starije osobe. Ovo nije prioritet u pružanju socijalne skrbi i zdravstvene zaštite pa nije visoko na dnevnom redu politike, ali u suradnji s arhitektima i dizajnerima može se stvoriti optimalan dizajn okruženja domova primjeren njihovim korisnicima (Rijnaard i sur. 2016, 15).

Prvi zapisi o domovima za starije osobe zabilježeni su za vrijeme Bizantskog carstva kada su car Konstantin Veliki i njegova majka Helena počeli osnivati domove za starije i ambulante pod nazivom *Gerocomeia* u kojima se skrbilo za starije osobe. Tijekom povijesti razvijala se skrb za starije osobe kao i vrsta i opseg pružene skrbi, a isto tako koristili su se različiti izrazi za opisivanje skrbi za starije osobe (Sanford i sur. 2015, 181). Kako je populacija korisnika domova za starije osobe heterogena, tako je slična i heterogenost pojma „dom za starije osobe“ (*nursing home*) kada se definira na globalnoj razini (Sanford i sur. 2015, 181).

Domovi za starije osobe na svjetskoj razini međusobno se razlikuju kako po obilježju doma tako i po karakteru i broju korisnika. Primjerice, domovi za starije osobe u nekim zemljama čine male ustanove sa svega nekoliko kreveta, a u drugim zemljama domovi za starije osobe su velike ustanove koje zbrinjavaju nekoliko stotina korisnika. Razlika između država očituje se u vrsti plaćanja domova za starije osobe na takav način da u nekim državama vlade u potpunosti ili djelomično plaćaju skrb, a u drugim zemljama plaćanje je isključivo privatno. Isto tako, domovi za starije osobe se razlikuju i po dostupnosti educiranog osoblja i liječnika. Sve ranije navedeno utječe na kvalitetu i pristup skrbi u domovima za starije osobe kao i na kvalitetu života korisnika. Upravo zbog navedenih razlika između domova za starije osobe diljem svijeta važno je ovo uzeti u obzir prilikom istraživanja u domovima za starije osobe i njihove usporedbe (Sanford i sur. 2015, 183).

Sanford i suradnici (2015, 184) predlažu u svom radu da autori prilikom objavljivanja istraživanja ili pisanja o domovima za starije osobe uključe i detalje o broju korisnika, načinu financiranja, zaposlenom osoblju i dostupnim uslugama koje pružaju domovi za starije osobe kako bi se lakše mogle utvrditi usporedbe domova za starije. Zbog heterogenosti u domovima za starije osobe, istraživanje provedeno u domu za starije osobe u jednoj državi možda nije primjenjivo na istraživanje provedeno u domu za starije osobe u drugoj državi (Sanford i sur. 2015, 184).

Iz ankete koju su u međunarodnom istraživanju proveli Sanford i suradnici (2015, 184) i na temelju podataka koje su dobili, definirali su dom za starije osobe kao objekt s okolišem u domaćem stilu koji pruža 24-satnu funkcionalnu podršku i skrb osobama kojima je potrebna pomoć u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) i instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADL) i koje često imaju složene zdravstvene potrebe i povećanu ranjivost.

Sanford i suradnici (2015, 183) definiraju dom za starije osobe prema sljedećim karakteristikama:

- ustanova koja pruža 24-satnu funkcionalnu podršku osobama kojima je potrebna pomoć u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) i instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (IADL) i kojima su identificirane zdravstvene potrebe,
- može ili ne mora imati zaposlene zdravstvene djelatnike,
- pruža dugotrajnu skrb i/ili rehabilitaciju kao dio izbjegavanja hospitalizacije ili za olakšavanje ranog otpuštanja iz bolnice,
- ne funkcionira kao bolnički odjel i nije bolnički odjel,
- može imati ulogu u pružanju palijativne i/ili hospicijske skrbi na kraju života (Sanford i sur. 2015, 183).

S obzirom na to da se mnoge države suočavaju sa sve starijim stanovništvom, usklađivanje buduće ponude i potražnje kao i potrebe za dugotrajnom skrbi predstavljat će izazove za vodeće strukture društva u smislu osiguranja odgovarajućeg pružanja formalne i neformalne skrbi kao i odgovarajuće opskrbe institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi kako bi bila dostupna i pristupačna svima onima kojima je potrebna dugotrajna skrb (Alders i Schut 2019, 83). Trend „starenja na mjestu“, odnosno deinstitucionalizacije karakterističan

je za države koje tradicionalno imaju visok udio institucionaliziranih starijih osoba. S obzirom na to da se očekuje udvostručenje broja starijih od 80 godina u sljedeća dva desetljeća, potražnja za dugotrajnom institucijskom skrbi mogla bi se povećati (Alders i Schut 2019, 83).

Prema Ribbe i suradnicima (1997, 7) između 90 i 95% starijih osoba u većini država živi u svom domu, a mnogi primaju formalne i neformalne usluge podrške. Jacobzone i suradnici (2000, 166) navode kako je institucionalizacija najviša u skupinama starijih osoba od 80 i više godina. Starije osobe žele ostati što dulje u svom domu, biti aktivne u svojoj zajednici i poznatom okruženju, a preseljenje u dom za starije osobe predstavlja im posljednje utočište (Katz 2011, 2).

Sa starenjem stanovništva i sve većim brojem starijih osoba povećavaju se i stope morbiditeta povezane sa starošću, a sve to predstavlja čimbenike rizika za institucionalizaciju. Isto tako na odluku o preseljenju u dom za starije osobe utjecaj imaju i uvjeti stanovanja, obiteljska struktura, preferencije samih starijih osoba i njihovih njegovatelja. S porastom broja osoba starijih od 80 i više godina koje na općenitoj razini imaju veći broj kroničnih bolesti, a time i višu razinu funkcionalne onesposobljenosti u većini razvijenog svijeta raste potreba i potražnja za uslugama dugotrajne skrbi (Ribbe i sur. 1997, 3).

Domovi za starije osobe predstavljaju bitan odgovor zdravstvenih i socijalnih politika i usluga na sve veći broj starijih osoba s teškim funkcionalnim oštećenjima i smanjenom socijalnom podrškom (Marengoni i sur. 2021, 2185). Za većinu razvijenih zemalja domovi za starije osobe predstavljaju najvažniji segment dugotrajne skrbi. Predviđanja stručnjaka s područja zdravstvene i socijalne politike govore o sve većoj potrebi za institucionalizacijom starijih osoba, ne samo u državama koje imaju razvijenu dugotrajnu skrb, već i u onim državama svijeta u kojima kultura domova za starije osobe nije u potpunosti razvijena (Katz 2011, 1)

Prema Katzu (2011, 2) udio starijih osoba smještenih u domove za starije osobe na globalnoj razini kreće se od 0,2% u Koreji do 7,9% u Švedskoj. Isto tako države se međusobno razlikuju i po prosječnoj veličini domova za starije osobe pa tako u SAD-u prosječan dom ima više od 100 korisnika, u Nizozemskoj prosječan dom ima od 150 do

200 korisnika, a u Engleskoj 88% domova za starije osobe ima manje od 50 korisnika (Katz 2011, 2).

2.4.2 Domovi za starije u RH

Domovi za starije postaju nezamjenjive ustanove za stariju populaciju (osobe od 65 godina i starije) s bolestima i znatno smanjenom funkcionalnom sposobnošću, jer im osiguravaju život dostojan čovjeka (Tseng i Wang 2001, 304–311; Gaugler i sur. 2007, 2; Lovreković i Leutar 2010, 59). U Hrvatskoj su evidentirana 162 doma za starije do studenog 2015. godine. Struktura domova za starije obuhvaća tri državna doma za starije, 51 decentralizirani i 108 domova drugih osnivača. U gradu Zagrebu u 2015. godini bilo je 35 domova za starije: 10 decentraliziranih domova i 25 domova drugih osnivača. Ukupan broj korisnika domova za starije iznosio je $N = 15.960$, od toga $N = 3.251$ u gradu Zagrebu, odnosno 20% od ukupnog broja korisnika u RH (Tomek-Roksandić i sur. 2016, 475). Tako je u domovima za starije (2015. godine) ukupno smješteno 2,10% starijih osoba u odnosu na sveukupno starije pučanstvo Hrvatske ($N = 789.124$), za razliku od zapadnoeuropskih i skandinavskih država gdje taj udio iznosi čak od 5% do 7,9% (Tomek-Roksandić i sur. 2003; Katz 2011, 2; Ilinca i sur. 2015, 5–10; Tomek-Roksandić i sur. 2016, 473; Bađun 2017, 20).

To jasno upućuje na potrebu primjene gerontoloških mjera i intervencija koje mogu unaprijediti i osigurati kvalitetu života starijih osoba poput novih gerontoloških normi i standarda u odnosu na kadrovske norme stručnjaka u zaštiti zdravlja starijih osoba u domu, uz razvoj nužne izvaninstitucijske skrbi za starije (Ham i sur. 2007, 169–170; Tomek-Roksandić i sur. 2012). Istraživanja upućuju da su sukladno procjeni liječnika obiteljske medicine najčešći razlozi smještaja u dom za starije osobe upravo bolest i funkcionalna onesposobljenost starijih osoba, odnosno češći su zdravstveni nego socijalni razlozi (Duraković i sur. 2007, 527–553; Gaugler i sur. 2007, 9–12; Ajduković i sur. 2013, 149–165; Bally i Jung 2015, 565; Roy i sur. 2018, 2).

Značajno je povećanje broja osoba u dubokoj starosti (85 godina i više) u desetogodišnjem razdoblju u Hrvatskoj za više od 40% (2011. godine $N = 60.600$ / 2001. godine $N = 42.553$), što nedvojbeno utječe na organizaciju zaštite zdravlja starijih osoba (Tomek-Roksandić i sur. 2016). Poznata je najveća zastupljenost kategorija funkcionalno

onesposobljenih starijih osoba s multimorbiditetom upravo u dubokoj starosti te slijedom toga možemo očekivati najviši broj korisnika domova za starije osobe u toj dobnoj skupini (Agüero-Torres i sur. 2001, 795–801; Friedman i sur. 2005, 163; Duraković i sur. 2007, 527–553; Houser i sur. 2012, 5; Tomek-Roksandić i sur. 2016).

S porastom broja starijih osoba povećat će se i potreba za dugotrajnom skrbi koja bi trebala sadržavati lepezu usluga, od povremene neformalne skrbi do potrebe za stalnom dugotrajnom skrbi (Friedman i sur. 2005, 157). Boravak u domu za starije osobe može uzrokovati mnoge poteškoće kao što su psihološka, socijalna i tjelesna opterećenja pa je to i jedan od razloga zašto se starije osobe ne žele preseliti u dom za starije osobe, nego radije ostaju unutar svoje obitelji i zajednice (Friedman i sur. 2005, 158).

U društvima koje ubrzano stare sve je veći broj starijih osoba koje se više ne mogu brinuti same za sebe te odlučuju same, ili eventualno to odluči netko drugi umjesto njih, o preseljenju u domove za starije osobe (Erichsen and Büssing. 2013, 1). Preseljenje u dom za starije osobe predstavlja stresnu situaciju za starije osobe te bi moglo ugroziti kvalitetu života korisnika kao i njihovo mentalno i tjelesno zdravlje (Vitorino i sur. 2016, 550).

Na globalnoj razini stanovništvo ubrzano stari te se povećava broj starijih osoba koje imaju višestruke zdravstvene probleme, smanjenu socijalnu podršku te se nisu u mogućnosti na dulje vrijeme brinuti sami za sebe. Stoga je realno očekivati da će takvim osobama trebati institucijska skrb (Vitorino i sur. 2016, 550).

3 EMPIRIJSKI DIO

3.1 Svrha i cilj istraživanja

Cilj istraživanja je ispitati postoji li povezanost funkcionalne samostalnosti, stupnja socijalnih usluga koje primaju korisnici, ili njihove dobi i spola sa samoprocjenom kvalitete života korisnika u pet odabranih decentraliziranih domova za starije u gradu Zagrebu.

Svrha istraživanja je na osnovi dobivenih rezultata unaprijediti individualni gerontološki pristup prema korisnicima domova za starije osobe te osigurati i unaprijediti kvalitetu života korisnika prema već utvrđenoj strukturi intenziteta i opsega pružanja socijalnih usluga, spola, funkcionalne samostalnosti te dobne skupine.

3.2 Istraživačke hipoteze, istraživačka pitanja

Temeljem dosadašnjih publiciranih znanstvenih i stručnih radova o obilježjima samoprocjene kvalitete života starijih osoba smještenih u domove za starije osobe postulirane su sljedeće hipoteze:

H1 Samoprocjena domena kvalitete života u domovima za starije veća je kod korisnika koji primaju 3. stupanj usluga u odnosu na druge ispitivane stupnjeve usluga.

H2 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je kod pojavnosti većeg stupnja funkcionalne onesposobljenosti.

H3 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je u starijim dobnim skupinama.

H4 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je kod muškog spola.

Navedene hipoteze testirane su pripadnim statističkim metodama (kako je i opisano u poglavljima: poglavlja 1.4.4 Postupak prikupljanja i obrade podataka i 3.3.4 Opis obrade podataka).

Temeljem istraživačkih hipoteza dobit ćemo odgovore na sljedeća istraživačka pitanja:

1. Postoji li razlika u samoprocjeni domena kvalitete života u domovima za starije kod korisnika koji primaju 1., 2. i 3. stupanj usluga smještaja?
2. Je li razina samoprocjene domena kvalitete života veća u korisnika s većim stupnjem funkcionalne onesposobljenosti u domovima za starije osobe?
3. Postoji li razlika u samoprocjeni domena kvalitete života korisnika domova za starije u odnosu na životnu dob/dobnu skupinu?
4. Postoji li razlika u samoprocjeni domena kvalitete života korisnika domova za starije u odnosu na spol?

3.3 Istraživačka metodologija

3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

U empirijskom djelu doktorske disertacije analizirat će se i prikazati dobiveni rezultati kvantitativnom metodologijom deskriptivne i inferencijalne statistike putem dvaju strukturirana upitnika:

- Upitnik o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents, 2001*) i
- Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (Shah i sur. 1989, 703–709) te
- Upitnikom o sociodemografskom statusu korisnika domova za starije.

Samoprocjena kvalitete života ispitana je upotrebom Upitnika o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*) koji se sastoji od 11 domena. Ispitanici su na set čestica izražavali učestalost koja je denominirana u rasponu vrijednosti od 1 do 4 boda, gdje vrijednost 1 upućuje na nisku razinu domene kvalitete života, dok vrijednost 4 upućuje na visoku razinu promatrane domene kvalitete života (tablica 1).

Tablica 1. Bodovanje domena kvalitete života prema izvornoj ljestvici

Domene kvalitete života	Broj čestica	Minimalan broj bodova	Maksimalan broj bodova
Komfor (fizički)	6	6	24
Funkcionalna kompetencija	5	5	20
Privatnost	5	5	20
Dostojanstvo	5	5	20
Smislene aktivnosti	6	6	24
Međuljudski odnosi	5	5	20
Autonomija	4	4	16
Uživanje u hrani	3	3	12
Duhovno blagostanje	4	4	16
Sigurnost	5	5	20
Individualnost	6	6	24

Izvor: *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*

3.3.2 Opis instrumenta

Pomoću strukturiranih testova Upitnika o kvaliteti života starijih osoba u Domovima za starije osobe (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*) i Indeksa po Barthelovoj modificiranog prema Shah, Vanclay i Cooper (Shah i sur. 1989, 703–709) ispitani su korisnici od 65 godina i stariji (u 1., 2. i 3. stupnju socijalnih usluga) u pet decentraliziranih domova za starije osobe u gradu Zagrebu. Opis i razina socijalnih usluga smještaja korisnika određena je Pravilnikom o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga smještaja Ministarstva socijalne politike i mladih (Narodne novine 40/2014). Za test

Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001, izvršena je translacija s engleskog na hrvatski jezik i retranslacija (zbog izvršenja usporedbe teksta) s hrvatskog na engleski jezik.

Isto tako za Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (Shah i sur. 1989, 703–709) izvršena je translacija s engleskog na hrvatski jezik i retranslacija (radi izvršenja usporedbe teksta) s hrvatskog na engleski jezik. Korištene su i posebne upute za trening evaluatora kako bi se pravilno ispunio upitnik.

Kako bismo dobili istinite odnosno vjerodostojne podatke, Upitnikom o sociodemografskom statusu korisnika domova za starije osobe provjerene su odnosno prikupljene od socijalnih radnika zaposlenih u domovima za starije osobe sljedeće opće varijable o korisnicima:

- stupanj socijalnih usluga smještaja koji primaju,
- dob,
- spol,
- bračni status,
- stupanj obrazovanja,
- duljina boravka u domu za starije osobe.

Anketiranje su provele osobe posebno educirane za rad s osobama starije životne dobi (liječnik, socijalni gerontolog, medicinska sestra), a koje nisu zaposlenici niti jednog doma za starije osobe.

Upitnik o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001*) sastoji se od 54 pitanja u području 11 domena kvalitete života i posljednjeg 55. sumarnog pitanja o ocjeni kvalitete života u domovima za starije osobe. Domene obuhvaćaju psihološke i socijalne aspekte kvalitete života: domenu komfora (24 – 6 raspon bodova), funkcionalne kompetencije (20 – 5 raspon bodova), privatnosti (20 – 5 raspon bodova), dostojanstva (20 – 5 raspon bodova), smislene aktivnosti (24 – 6 raspon bodova), osobnih odnosa (20 – 5 raspon bodova), autonomije (16 – 4 raspon bodova), uživanja u hrani (12 – 3 raspon bodova), duhovnog blagostanja (16 – 4

raspon bodova), sigurnosti (20 – 5 raspon bodova) i individualnosti (24 – 6 raspon bodova). Veći zbroj bodova predstavlja višu razinu kvalitete života.

Svaka domena sastoji se od tri do šest pitanja. Na pitanja se odgovara pomoću Likertove skale od četiri boda poput „često“, „ponekad“, „rijetko“, „nikada“, a odgovori su bodovani od 1 = „nikad“ do 4 = „često“. U pitanjima gdje je to bilo prikladno, korišteno je obrnuto bodovanje. Izuzetak je domena smislenih aktivnosti u kojoj su imali različite skupove odgovora. U toj domeni na jedno pitanje odgovara se Likertovom skalom od 4 boda kao „onoliko koliko želite?“, „previše?“, „premalo?“, a bodovanje se kreće od 4 = „onoliko koliko želite?“ do 1 = „premalo“. U drugom pitanju odgovara se na Likertovoj skali od 4 boda kao „svaki dan“, „nekoliko puta tjedno“, „otprilike jednom tjedno“, „manje od jednom tjedno“, „manje od jednom mjesečno“ pri čemu se bodovi kreću od 4 boda za „svaki dan“ do 1 boda za „manje od jednom mjesečno“. Veći broj bodova ukazuje na bolju kvalitetu života (Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001; Kane 2001, 297; Kane 2003, 28–36; Kane i sur. 2003, 240–248; DuMond 2010).

Tijekom anketiranja bilo je poželjno od ispitanika dobiti odgovore prema Likertovoj skali kad god je to bilo moguće.

U slučaju kada ispitanici u nekoliko pokušaja nisu mogli odgovoriti na pitanje prema Likertovoj skali, pitanje im je ponovno postavljeno uz mogućnost da na njega mogu dihotomno odgovoriti s „uglavnom da“ ili „uglavnom ne“. Ispitanicima koji su bili u mogućnosti na pitanja odgovoriti prema Likertovoj skali, dopuštena su tri pokušaja prije nego je anketar omogućio korištenja dihotomnog odgovora. Neki korisnici domova za starije osobe davali su povremeno tijekom intervjua dihotomne odgovore, a drugi su to činili tijekom cijelog intervjua.

Kako bi se omogućilo što većem broju korisnika domova za starije osobe sudjelovanje u ovom upitniku i davanje podataka o svojoj kvaliteti života, autori upitnika osmislili su kombinaciju dvaju tipova odgovora: Likertova i dihotomnog.

Dihotomni odgovori „uglavnom da“ bodovani su s 3,8, a svi odgovori „uglavnom ne“ bodovani su sa 1,5 (*Quality of Life Scales for Nursing Home Residents* 2001).

Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) (Shah i sur. 1989, 703-709) procjenjuje stupanj funkcionalne samostalnosti.

Modificirani sustav bodovanja predložili su Shah, Vanclay i Cooper (1989, 703-709) koristeći ordinalnu ljestvicu od pet razina za svaku stavku radi poboljšanja osjetljivosti za otkrivanje promjena u funkcionalnoj samostalnosti.

Za procjenu stupnja funkcionalne samostalnosti korisnika domova za starije korišten je Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI). Ovaj Indeks mjeri stupanj funkcionalne samostalnosti u osobnoj njezi i pokretljivosti u deset uobičajenih dnevnih aktivnosti:

- osobna higijena,
- kupanje,
- hranjenje,
- korištenje WC-a,
- korištenje stubišta,
- oblačenje,
- kontrola stolice,
- kontrola mokraće,
- prijelaz krevet – stolica,
- pokretnost,

*pokretnost s kolicima (alternativa kretanju) (Shah i sur. 1989, 705).

Razina funkcionalne samostalnosti procijenjena indeksom po Barthelovoj modificiranim prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) procjenjivat će se bodovnom ljestvicom:

- a) potpuna ovisnost (0 – 20 bodova),
- b) teška ovisnost (21 – 60 bodova),
- c) umjerena ovisnost (61 – 90 bodova),
- d) mala ovisnost (91 – 99 bodova),
- e) potpuna samostalnost (100 bodova).

Prema članku 162. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga Ministarstva socijalne politike i mladih Djelatnost pružatelja usluga za starije osobe ostvaruje se pružanjem sljedećih vrsta usluga:

1. usluga smještaja,
2. usluga smještaja u obiteljskom domu,
3. usluga poludnevnog boravka,
4. usluga cjelodnevnog boravka,
5. usluga pomoći u kući,
6. usluga organiziranog stanovanja u stambenim jedinicama (Narodne novine 40/2014).

Prema članku 165. Pravilnika o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga, dom za starije osobe pruža usluge iz članka 162. točke 1., 3., 4. i 6. ovoga Pravilnika, a može pružati i usluge iz članka 162. točke 5. ovoga Pravilnika. To su sljedeće usluge: usluga smještaja, usluga poludnevnog boravka, usluga cjelodnevnog boravka i usluga organiziranog stanovanja u stambenim jedinicama, a može pružati i uslugu pomoći u kući (Narodne novine 40/2014).

Opis i razina socijalnih usluga smještaja korisnika određena je Pravilnikom o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga smještaja Ministarstva socijalne politike i mladih. Prema članku. 171. (Narodne novine 40/2014):

„(1) Intenzitet pružene usluge starijim osobama i teško bolesnim odraslim osobama ovisi o vrsti usluge, potrebama korisnika odnosno funkcionalnoj sposobnosti i zdravstvenom stanju korisnika, a određuje ga intenzitet aktivnosti unutar usluge (usluga se sastoji od više aktivnosti).

(2) Usluga smještaja i usluga smještaja u obiteljskom domu starijim osobama i teško bolesnim odraslim osobama pruža se sljedećim intenzitetom:

- prvi stupanj usluge pruža se funkcionalno neovisnom korisniku koji samostalno zadovoljava svoje potrebe, a iz zdravstvenog stanja se može zaključiti da mu pomoć druge osobe nije potrebna (samo za usluge iz članka 162. točka 1. i 2. ovoga Pravilnika),
- drugi stupanj usluge pruža se djelomično ovisnom korisniku kojemu je potrebna pripomoć pri zadovoljenju osnovnih potreba,
- treći stupanj usluge pruža se funkcionalno ovisnom korisniku kojem je potrebna pomoć druge osobe u zadovoljenju svih potreba u punom opsegu,

- četvrti stupanj usluge pruža se funkcionalno ovisnom korisniku kojem je zbog Alzheimerove demencije ili drugih demencija (srednji/srednje teški stadij bolesti) potrebna pomoć i nadzor druge osobe u zadovoljenju svih potreba u punom opsegu (samo za usluge iz članka 162. točka 1. ovoga Pravilnika).

(3) Usluge boravka starijim osobama pružaju se u sljedećem intenzitetu:

- prvi stupanj usluge pruža se funkcionalno neovisnom korisniku koji samostalno zadovoljava svoje potrebe, samostalno ili uz pomoć članova obitelji dolazi i vraća se kući,
- drugi stupanj usluge pruža se funkcionalno ovisnom korisniku kojem je zbog starosti ili Alzheimerove demencije ili drugih demencija (srednji/srednje teški stadij bolesti) potrebna pomoć i nadzor druge osobe u zadovoljenju potreba.

(4) Usluge organiziranog stanovanja u stambenim jedinicama starijim osobama pružaju se funkcionalno neovisnim starijim osobama koje samostalno zadovoljavaju svoje potrebe (prvi stupanj usluge).“

3.3.3 Opis uzorka

Analitičko presječno istraživanje sukcesivno je provedeno u pet zagrebačkih decentraliziranih domova za starije (Sv. Josip, Maksimir, Peščenica, Dubrava i Ksaver) u vremenskom razdoblju od travnja 2017. do veljače 2019. godine. U prvom dijelu istraživanja (Maksimir, Peščenica, Sv. Josip) u razdoblju od 2017. do 2018. godine sudjelovalo je 150 ispitanika (Kolarić i sur. 2019, 13). Drugi dio obuhvatio je još dva dodatna doma za starije (Dubrava i Ksaver uz prethodno navedeni Sv. Josip) u razdoblju od 2018. do 2019. godine i 98 ispitanika (Mach i sur. 2020, 116).

Ispitanici iz prvog dijela istraživanja (2017. – 2018.) o kvaliteti života primjenom Upitnika o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije (Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001; Kane 2001, 297; Kane 2003, 28–36; Kane i sur. 2003, 240–248; DuMond 2010) u kojoj su prevalirale funkcionalno neovisne starije osobe koje primaju 1. stupanj socijalnih usluga smještaja nisu se preklapali s drugom skupinom (2018. – 2019.) u kojoj dominiraju korisnici 2. i 3. stupnja socijalnih usluga smještaja u domu za starije osobe.

Temeljem pilot istraživanja dobivene su pretpostavke za izračun potrebne veličine uzorka za testiranje hipoteze H1 od 249 ispitanika; srednja vrijednost skora samoprocjene kvalitete života u stupnjevima 1 i 2 bila je 3, u stupnju 3 bila je 2,72, dok je standardna devijacija za cijeli uzorak bila 0,74 te je odlučeno da se sukladno veličini klastera odredi broj ispitanika koji u 1. i 2. stupnju može biti dvostruko veći od broja ispitanika u 3. stupnju ($N1/N2$) = 2. Za dostizanje statistički značajne razlike uz navedene pretpostavke potrebno je uključiti 166 ispitanika iz 1. i 2. stupnja i 83 iz 3. stupnja.

Uzorak istraživanja konsektivno je određen na takav način da je sudjelovanje ponuđeno svakom drugom korisniku po abecednom redu do dosezanja planiranog broja ispitanika za pojedini stupanj socijalne usluge smještaja (1. – 3.). Broj korisnika u pet decentraliziranih domova po stupnjevima iznosi: 1. stupanj – 567, 2. stupanj – 280 i 3. stupanj – 545 korisnika (4. stupanj koji nije uvršten u istraživanje – 105 korisnika). Slučajnim odabirom za istraživanje su obuhvaćeni: za 1. stupanj – 100 ispitanika, 2. stupanj – 66 ispitanika, 3. stupanj – 82 ispitanika.

Etička suglasnost dobivena je od Etičkog povjerenstva Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (Kl. br.: 500-04/17-01/01; Ur. br.: 381-9/1-17-01; Datum: 10. kolovoza 2017.). Suglasnost za predmetno istraživanje dobivena je od Gradskog ureda za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom RH Grada Zagreba (Kl. br.: 550-01/17-01/293; Ur. br.: 251-17-14/4-17-2; Datum: 28. kolovoza 2017.) i (Klasa broj: 550-01/18-01/418; Ur. broj: 251-17-14/4-18-2; Datum: 24. rujna 2018.).

Svi ispitanici bili su upoznati s detaljima istraživanja i potpisali su informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju prije njezina početka. Osobni podaci sudionika prikupljeni su, pohranjeni i obrađeni u skladu sa svim pozitivnim zakonskim propisima Europske unije o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka (GDPR).

Ova doktorska disertacija dio je istraživanja sufinanciranog iz programa „Unapređenje kvalitete života i zaštite zdravlja korisnika domova za starije uz izradu Vodiča za aktivno zdravo starenje“ od Gradskog ureda za zdravstvo, Grada Zagreba.

Kriteriji uključivanja /isključivanja ispitanika

Kriteriji uključivanja ispitanika: ispitanici su korisnici pet odabranih decentraliziranih zagrebačkih domova za starije (Sv. Josip, Maksimir, Peščenica, Dubrava i Ksaver) u dobi od 65 i više godina koji su pristali sudjelovati u istraživanju.

Kriteriji isključenja su ozbiljniji zdravstveni problemi koji mogu utjecati na mogućnost ispunjavanja upitnika i davanje informiranog pristanka korisnika, poput težih psihičkih poremećaja i težih kognitivnih oštećenja (demencija), akutnih bolesti s visokom tjelesnom temperaturom ili poremećajem svijesti.

U istraživanje se nije uvrstila skupina korisnika koji primaju 4. stupanj socijalnih usluga smještaja u domovima za starije koji obuhvaća korisnike s demencijom, Alzheimerovom bolesti (srednji/srednje teški stadij bolesti) jer postoji značajan problem u komunikaciji koji onemogućuje njihovo ispitivanje. U istraživanje se tako nisu uvrstili ispitanici s težim kognitivnim oštećenjima i drugim težim psihičkim poremećajima, što bi moglo imati utjecaja na rezultate u svim domenama kvalitete života. U istraživanju se također nije ispitivao utjecaj kroničnih bolesti korisnika koje bi mogle utjecati na samoprocjenu kvalitete života (Lee i sur. 2009, 511–516; Dugger 2010, 112–118).

Ovo istraživanje je obuhvatilo decentralizirane ili županijske domove u Zagrebu, te bi bilo potrebno provesti ovakvo istraživanje na području cijele Hrvatske, koje će obuhvatiti i domove drugih osnivača da bi se dobila cjelovitija slika samoprocijenjene kvalitete života korisnika domova za starije osobe.

3.3.4 Opis obrade podataka

Rezultati su prikazani kao apsolutne i relativne frekvencije tablično. Kao pokazatelji deskriptivne statistike se koriste medijan kao srednja vrijednost te interkvartilni raspon kao pokazatelj disperzije. U cilju procjene statističke značajnosti razlika između skupina koristili su se neparametrijski testovi budući da domene samoprocjene kvalitete života te funkcionalna samostalnost (MBI) ne prate normalnu raspodjelu i to Mann-Whitneyev U-test ukoliko se ispituje ovisnost samoprocjene kvalitete života o nezavisnim varijablama koja se pojavljuje u 2 modaliteta te Kruskal-Walis test ukoliko se ispituje ovisnost samoprocjene kvalitete života s obzirom na nezavisne varijable koje se pojavljuju u više od

2 modaliteta. Prisutnost korelacije među numeričkim varijablama je ispitana Spearmanovim koeficijentom korelacije (ρ).

Razina statističke značajnosti postavljena je na $\alpha=0,05$, a obrada je provedena pomoću programskog paketa STATA/MP ver.15.1 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA).

3.4 Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 248 korisnika smještenih u pet zagrebačkih decentraliziranih domova. Sve anketirane osobe imale su 65 i više godina, a podijeljeni su u tri dobne skupine: raniju starost (65 – 74 godina), srednju (75 – 84 godina) i duboku starost (85 i više godina) (Tomek-Roksandić i sur. 2016).

Gotovo podjednak broj ispitanika bio je u dubokoj (46,8%) i srednjoj starosti (44,4%), a najmanje ispitanika bilo je u ranijoj starosti, svega 8,9% (tablica 3).

Od 248 osoba uključenih u istraživanje, tri četvrtine bile su žene (75%), a jednu četvrtinu činili su muškarci (25%) (tablica 3).

Prema bračnom statusu, najviše ispitanika, gotovo dvije trećine bili su udovci i udovice (67,7%), u braku je bilo 16,9%, rastavljenih 8,9%, nešto manje neoženjenih i neudatih (5,6%), a najmanje onih koji su bili u izvanbračnoj zajednici (0,8%) (tablica 3).

Prema stupnju obrazovanja, najviše ispitanika imalo je srednju stručnu spremu (SSS) (45,2%), nakon toga završenu osnovnu školu (NKV / OŠ) (32,3%), zatim visoku stručnu spremu (VSS i više) (13,7%), a najmanje višu stručnu spremu (VŠS) (8,9%) (tablica 3).

Prema duljini boravka ispitanika u domovima za starije osobe u najvišem udjelu su bili zastupljeni korisnici koji borave dvije do pet godina (32,7%), potom jednu do dvije godine (16,5 %), slijedi pet do deset godina (16,1%), podjednako (11,3%) u kategorijama od šest mjeseci do jedne godine te od deset godina i više, dok je od nula do šest mjeseci boravilo 9,3% korisnika (za 2,8% ispitanika nije navedeno u odgovorima) (tablica 3).

Prema stupnju socijalnih usluga smještaja, najviše ispitanika bilo je u 1. stupnju (40,3%), zatim u 3. stupnju (33,1%), a nešto manje u 2. stupnju socijalnih usluga (26,6%) (tablica 3).

Prema funkcionalnoj samostalnosti ispitanoj po MBI (Shah i sur. 1989, 703–709), najviše ispitanika bilo je funkcionalno samostalno (39,5%), zatim umjereno ovisni (27,8%), nešto manje malo ovisnih (18,1%), potpuno ovisnih je bilo 13,3%, a najmanje je bilo jako ovisnih (1,2%) .

Tablica 3: Analiza ispitanika prema sociodemografskim podacima (N = 248)

Karakteristike	N	%
Dob ispitanika		
65 – 74	22	8,9
75 – 84	110	44,4
85+	116	46,8
Ukupno	248	100,0
Spol ispitanika		
Muškarci	62	25,0
Žene	186	75,0
Ukupno	248	100,0
Bračni status ispitanika		
U braku	42	16,9
U izvanbračnoj zajednici	2	0,8
Neoženjen / neudana	14	5,6
Rastavljen / rastavljena	22	8,9
Udovac / udovica	168	67,7
Ukupno	248	100,0
Stupanj obrazovanja ispitanika		
NKV / OŠ	80	32,3
SSS	112	45,2
VŠS	22	8,9
VSS i više	34	13,7
Ukupno	248	100,0
Duljina boravka ispitanika u domu za starije		
0 – 6 mjeseci	23	9,3
6 mjeseci – 1 godina	28	11,3
1 godina – 2 godine	41	16,5
2 godine – 5 godina	81	32,7
5 godina – 10 godina	40	16,1

10 godina i više	28	11,3
Ukupno	241	97,2
Nije navedeno u upitniku	7	2,8
	248	100,0
Stupanj socijalnih usluga smještaja		
1.	100	40,3
2.	66	26,6
3.	82	33,1
Ukupno	248	100,0

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 248) prema ispitivanim domenama pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 88,00-93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 83,33 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 72,22 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena u domeni komfora (medijan 68,89; IQR = 58,89 – 80,56) (tablica 4).

Tablica 4: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika (N = 248) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	68,89	58,89-80,56
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33-93,33
Privatnost	93,33	88,00-93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33-93,33
Smislene aktivnosti	73,33	53,06-83,56
Međuljudski odnosi	74,67	54,00-94,67
Autonomija	93,33	83,33-93,33
Uživanje u hrani	84,44	66,67-93,33
Duhovno blagostanje	69,00	46,00-92,00
Sigurnost	76,00	76,00-78,00
Individualnost	93,33	72,22-93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života korisnika u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja utvrđena je značajna statistička razlika u domenama komfora ($p = 0,009$) gdje je najveća razina utvrđena među korisnicima iz kategorije 1 socijalnih usluga smještaja, funkcionalne kompetencije ($p < 0,001$) gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1 i 2 socijalne usluge smještaja, privatnosti ($p < 0,001$) gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1 i 2 socijalne usluge smještaja, dostojanstva ($p = 0,036$) gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1 i 2 socijalne usluge smještaja, smislene aktivnosti ($p < 0,001$) gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1 socijalne usluge smještaja, međuljudskih odnosa ($p < 0,001$) gdje je najveća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1 socijalne usluge smještaja, autonomije ($p = 0,001$) gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1 i 2 socijalne usluge smještaja, te individualnosti ($p < 0,001$) gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1 i 2 socijalne usluge smještaja (tablica 5).

Tablica 5: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života ispitanika (N = 248) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja

Domene kvalitete života	1. stupanj socijalnih usluga smještaja	2. stupanj socijalnih usluga smještaja	3. stupanj socijalnih usluga smještaja	Kruskal-Wallis H*	Df	P
	Medijan	Medijan	Medijan			
Komfor (fizički)	74,44	65,28	65,56	9,54	2	0,009
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33	78,00	73,32	2	<0,001
Privatnost	93,33	93,33	78,00	65,42	2	<0,001
Dostojanstvo	93,33	93,33	93,27	6,65	2	0,036
Smislene aktivnosti	82,78	74,44	53,78	49,12	2	<0,001
Međuljudski odnosi	89,33	74,67	59,33	41,92	2	<0,001
Autonomija	93,33	93,33	87,50	13,37	2	0,001
Uživanje u hrani	84,44	84,44	77,78	1,51	2	0,470
Duhovno blagostanje	69,00	69,00	60,50	4,78	2	0,092
Sigurnost	76,00	77,67	77,00	0,47	2	0,790
Individualnost	93,33	93,33	80,56	33,61	2	<0,001

*Kruskal-Wallis test

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom funkcionalne samostalnosti (MBI) s domenama samoprocijenjene kvalitete života utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u domenama komfora ($p = 0,001$) gdje je najniža razina utvrđena među korisnicima kategorije potpune ovisnosti, funkcionalne kompetencije ($p < 0,001$) gdje je padom ovisnosti (MBI) utvrđen porast funkcionalne kompetencije, privatnosti ($p < 0,001$) gdje je najniža vrijednost utvrđena u potpuno ovisnih, smislene aktivnosti ($p < 0,001$) gdje je najniža vrijednost utvrđena među korisnicima kod kojih je prisutna potpuna ovisnost, međuljudskih odnosa ($p < 0,001$) gdje je najniža vrijednost postignuta kod korisnika kod kojih je prisutna potpuna ovisnost, autonomije ($p = 0,016$) gdje je najniža vrijednost postignuta u potpuno ovisnih, individualnosti ($p = 0,003$) gdje je najniža vrijednost utvrđena kod korisnika s jakom razinom ovisnosti (tablica 6).

Tablica 6: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života (N = 248) u odnosu na funkcionalnu samostalnost (MBI)*

Domene kvalitete života	Potpuna ovisnost	Jaka ovisnost	Umjere na ovisnost	Mala ovisnost	Potpuna samostalnost	Kruskal-Wallis H [†]	Df	P
	Medijan	Medijan	Medijan	Medijan	Medijan			
Komfor (fizički)	62,78	87,78	64,72	65,00	74,44	19,22	4	0,001
Funkcionalna kompetencija	16,67	78,00	93,33	93,33	93,33	114,78	4	<0,001
Privatnost	78,00	88,00	93,33	93,33	93,33	50,42	4	<0,001
Dostojanstvo	93,33	93,33	93,33	93,33	93,33	8,98	4	0,062
Smislene aktivnosti	22,22	91,39	66,28	72,78	82,78	71,15	4	<0,001
Međuljudski odnosi	59,33	73,33	74,67	74,67	82,67	37,51	4	<0,001
Autonomija	82,50	91,67	93,33	93,33	93,33	12,16	4	0,016
Uživanje u hrani	84,44	93,33	84,44	84,44	84,44	3,91	4	0,418
Duhovno blagostanje	46,00	60,00	69,00	69,00	69,00	5,60	4	0,231
Sigurnost	78,00	78,00	76,00	78,00	76,00	2,26	4	0,688
Individualnost	80,56	61,11	93,33	93,33	93,33	16,13	4	0,003

*MBI kategorije: 0 – 20 = potpuna ovisnost; 21 – 60 = jaka ovisnost; 61 – 90 = umjerena ovisnost; 91 – 99 = mala ovisnost; 100 = potpuna samostalnost

†Kruskal-Wallis test

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života u odnosu na dobne skupine dobivenih testom Kruskal-Wallis utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u domenama funkcionalne kompetencije ($p = 0,005$), smislenih aktivnosti ($p = 0,006$) i duhovnog blagostanja ($p = 0,013$). Niža razina domene funkcionalne kompetencije utvrđena je kod ispitanika u dobnoj skupini 85 i više godina u odnosu na dobne skupine 65 – 74 i 75 – 84 godina. Najviša razina domene smislenih aktivnosti ($p = 0,006$) zabilježena je kod ispitanika dobne skupine 65 – 74 godine, dok je najniža utvrđena za ispitanike dobne skupine 85 i više godina. Kod ispitanika dobne skupine 75 – 84 i 85 i više godina utvrđena je viša razina domene duhovnog blagostanja u odnosu na ispitanike dobne skupine 65 – 74 godine (tablica 7).

Tablica 7: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na dobne skupine (N = 248)

Domena kvalitete života	65-74	75-84	85+	Kruskal-Wallis H*	Df	P
	Medijan	Medijan	Medijan			
Komfor (fizički)	66,11	70,00	68,06	0,40	2	0,820
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33	92,67	10,59	2	0,005
Privatnost	93,33	93,33	93,33	2,26	2	0,323
Dostojanstvo	93,33	93,33	93,33	3,58	2	0,167
Smislene aktivnosti	81,28	78,33	68,06	10,10	2	0,006
Međuljudski odnosi	74,00	79,33	74,67	3,09	2	0,214
Autonomija	90,83	93,33	93,33	0,57	2	0,751
Uživanje u hrani	84,44	84,44	84,44	1,53	2	0,465
Duhovno blagostanje	54,50	69,00	69,00	8,75	2	0,013
Sigurnost	76,00	76,00	76,00	0,86	2	0,650
Individualnost	93,33	93,33	93,33	2,62	2	0,269

*Kruskal-Wallis test

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života u odnosu na spol utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u domenama komfora ($p = 0,027$) gdje je veća razina utvrđena među muškarcima u odnosu na žene, smislene aktivnosti ($p = 0,016$) gdje je veća razina utvrđena među muškarcima u odnosu na žene te duhovnog blagostanja ($p = 0,029$) gdje je veća razina utvrđena među ženama u odnosu na muškarce (tablica 8).

Tablica 8: Usporedba domena samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na spol (N = 248)

Domene kvalitete života	Muškarac	Žena	MW - U*	Z	P
	Medijan	Medijan			
Komfor (fizički)	75,56	65,56	4501,00	2,21	0,027
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33	5092,50	1,15	0,249
Privatnost	93,33	93,33	5091,00	0,94	0,348
Dostojanstvo	93,33	93,33	5726,50	0,02	0,982
Smislene aktivnosti	78,61	71,11	4331,00	2,41	0,016
Međuljudski odnosi	74,67	74,67	5647,00	0,18	0,855
Autonomija	93,33	93,33	5582,00	0,07	0,946
Uživanje u hrani	84,44	84,44	5701,00	0,14	0,892
Duhovno blagostanje	61,50	69,00	4627,50	2,19	0,029
Sigurnost	76,00	76,00	5102,00	0,90	0,366
Individualnost	93,33	93,33	5331,00	0,92	0,356

*Mann-Whitney U test

Z=aproksimativna Z vrijednost za pripadajuću MW U vrijednost

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom dobne skupine prema stupnju socijalnih usluga smještaja, polovica ispitanika (50%) u ranijoj starosti (od 65 do 74 godine) bila je u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja, u 2. stupnju 27,3%, a najmanje u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (22,7%). U srednjoj starosti (75 – 84 godine) najviše ispitanika, njih 52,7% bilo je također u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja, u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja 20%, a u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja 27,3%. Najviše ispitanika u dubokoj starosti (85 i više godina) bilo je u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (40,5%), nešto manje u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja (32,8%), a najmanje u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (26,7 %) (tablica 9).

Tablica 9: Usporedba dobnih skupina ispitanika (N = 248) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja

			Stupanj socijalnih usluga smještaja			Ukupno
			1.	2.	3.	
Dobna skupina	65-74	N	11	6	5	22
		Dobna skupina %	50,0%	27,3%	22,7%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	11,0%	9,1%	6,1%	8,9%
	75-84	N	58	22	30	110
		Dobna skupina %	52,7%	20,0%	27,3%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	58,0%	33,3%	36,6%	44,4%
	85+	N	31	38	47	116
		Dobna skupina %	26,7%	32,8%	40,5%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	31,0%	57,6%	57,3%	46,8%
Ukupno		N	100	66	82	248
		Dobna skupina %	40,3%	26,6%	33,1%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom spola i stupnja socijalnih usluga smještaja, najviše ispitanika muškog spola bilo je u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (45,2%), zatim u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja (32,3%), a najmanje ih je bilo u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (22,6%). Za razliku od muških ispitanika, najviše ispitanica ženskog spola bilo je u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (38,7%), zatim u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (36,6%), a najmanje ispitanica bilo je u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja, njih 24,7% (tablica 10).

Tablica 10: Usporedba spola ispitanika (N=248) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja

			Stupanj socijalnih usluga smještaja			Ukupno
			1.	2.	3.	
Spol	Muško	N	28	20	14	62
		Spol %	45,2%	32,3%	22,6%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	28,0%	30,3%	17,1%	25,0%
	Žensko	N	72	46	68	186
		Spol %	38,7%	24,7%	36,6%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	72,0%	69,7%	82,9%	75,0%
Ukupno		N	100	66	82	248
		Spol %	40,3%	26,6%	33,1%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom stupnja funkcionalne samostalnosti (MBI) i socijalnih usluga smještaja, najviše ispitanika koji su potpuno ovisni bilo je u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (93,9%), jako ovisnih ispitanika bilo je također najviše u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (66,7%), kao i umjereno ovisnih ispitanika (44,9%). Ispitanika s malom ovisnošću bilo je najviše u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja (40%), a potpuno samostalnih ispitanika bilo je najviše u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja, njih 76,5%. Potpuno ovisnih ispitanika kao i jako ovisnih nije bilo u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja. Umjereno ovisnih ispitanika najmanje je bilo u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (15,9%), malo ovisnih je bilo najmanje u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (28,9%) kao i potpuno samostalnih (5,1%) (tablica 11).

Tablica 11: Usporedba stupnja funkcionalne samostalnosti (MBI)* u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja

			Stupanj socijalnih usluga smještaja			Ukupno
			1.	2.	3.	
Funkcionalna samostalnost (MBI)	Potpuna ovisnost	N	0	2	31	33
		Funkcionalna samostalnost (MBI) %	0,0%	6,1%	93,9%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	0,0%	3,0%	37,8%	13,3%
	Jaka ovisnost	N	0	1	2	3
		Funkcionalna samostalnost (MBI) %	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	0,0%	1,5%	2,4%	1,2%
	Umjerena ovisnost	N	11	27	31	69
		Funkcionalna samostalnost (MBI)%	15,9%	39,1%	44,9%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	11,0%	40,9%	37,8%	27,8%
	Mala ovisnost	N	14	18	13	45
		Funkcionalna samostalnost (MBI) %	31,1%	40,0%	28,9%	100,0%

		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	14,0%	27,3%	15,9%	18,1%
	Potpuna samostalnost	N	75	18	5	98
		Funkcionalna samostalnost (MBI) %	76,5%	18,4%	5,1%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	75,0%	27,3%	6,1%	39,5%
Ukupno		N	100	66	82	248
		Funkcionalna samostalnost (MBI) %	40,3%	26,6%	33,1%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*MBI kategorije: 0 – 20 = potpuna ovisnost; 21 – 60 = jaka ovisnost; 61 – 90 = umjerena ovisnost; 91 – 99 = mala ovisnost; 100 = potpuna samostalnost

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom duljine boravka ispitanika u domu za starije osobe prema stupnju socijalnih usluga smještaja, najviše ispitanika koji su boravili u domu do 6 mjeseci bilo je u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja (43,5%). Ispitanika koji su boravili u domu 6 mjeseci do godine dana bilo je najviše u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (46,4%) kao i ispitanika koji su boravili u domu 1 do 2 godine (41,5%). Ispitanika koji su boravili u domu između 2 do 5 godina najviše je bilo u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (43,2%), kao i ispitanika koji su u domu boravili 5 do 10 godina (57,5%) i ispitanika koji su boravili u domu 10 i više godina (60,7%). Najmanje ispitanika koji su boravili u domu do 6 mjeseci bilo je u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (26,1%), kao i ispitanika koji su u domu boravili 6 mjeseci do godine dana (21,4%). Ispitanika koji su boravili u domu 1 do 2 godine najmanje je bilo u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja (26,8%) poput ispitanika koji su boravili u domu od 2 do 5 godina (27,2%) kao i ispitanika koji su u domu boravili 5 do 10 godina (17,5%). Ispitanika koji su boravili u domu 10 i više godina najmanje je bilo u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (17,9%) (tablica 12).

Tablica 12: Usporedba duljine boravka ispitanika u domovima za starije u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)

			Stupanj socijalnih usluga smještaja			Ukupno
			1.	2.	3.	
Duljina boravka u domu	0 - 6 mjeseci	N	6	10	7	23
		Duljina boravka u domu %	26,1%	43,5%	30,4%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	6,0%	15,4%	9,2%	9,5%
	6 mjeseci - 1 godina	N	6	9	13	28
		Duljina boravka u domu %	21,4%	32,1%	46,4%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	6,0%	13,8%	17,1%	11,6%
	1 godina - 2 godine	N	13	11	17	41
		Duljina boravka u domu %	31,7%	26,8%	41,5%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	13,0%	16,9%	22,4%	17,0%
	2 godine - 5 godina	N	35	22	24	81
		Duljina boravka u domu %	43,2%	27,2%	29,6%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	35,0%	33,8%	31,6%	33,6%
	5 godina - 10 godina	N	23	7	10	40
		Duljina boravka u domu %	57,5%	17,5%	25,0%	100,0%

		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	23,0%	10,8%	13,2%	16,6%
	10 godina i više	N	17	6	5	28
		Duljina boravka u domu %	60,7%	21,4%	17,9%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	17,0%	9,2%	6,6%	11,6%
Ukupno		N	100	65	76	241
		Duljina boravka u domu %	41,5%	27,0%	31,5%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom stupnja obrazovanja u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja, najviše ispitanika s osnovnom školom (OŠ / NKV) bilo je u 3. stupnju socijalnih usluga (38,8%). Najviše ispitanika sa srednjom stručnom spremom (SSS) bilo je u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (48,2%), kao i ispitanika s višom stručnom spremom (VŠS) (50%) i ispitanika s visokom stručnom spremom (VSS) (41,2%). Najmanje ispitanika s osnovnom školom bilo je u 1. stupnju socijalnih usluga (26,3%), a sa SSS najmanje ispitanika bilo je u 2. stupnju socijalnih usluga (17%). S VŠS najmanje ispitanika bilo je u 3. stupnju socijalnih usluga (18,2%) kao i ispitanika s VSS (23,5%) (tablica 13).

Tablica 13. Usporedba stupnja obrazovanja ispitanika u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)

		Stupanj socijalnih usluga smještaja	Stupanj socijalnih usluga smještaja			Ukupno
			1.	2.	3.	
Stručna sprema	NKV / OŠ	N	21	28	31	80
		Stručna sprema %	26,3%	35,0%	38,8%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	21,0%	42,4%	37,8%	32,3%
	SSS	N	54	19	39	112
		Stručna sprema %	48,2%	17,0%	34,8%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	54,0%	28,8%	47,6%	45,2%
	VŠS	N	11	7	4	22
		Stručna sprema %	50,0%	31,8%	18,2%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	11,0%	10,6%	4,9%	8,9%
	VSS i više	N	14	12	8	34
		Stručna sprema %	41,2%	35,3%	23,5%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	14,0%	18,2%	9,8%	13,7%
Ukupno		N	100	66	82	248
		Stručna sprema %	40,3%	26,6%	33,1%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: anketni upitnik 2019.

Usporedbom bračnog statusa ispitanika u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja, najviše ispitanika koji su u braku bilo je u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (42,9%), kao i ispitanika koji su u izvanbračnoj zajednici (100%). Neoženjenih/neudanih ispitanika podjednako je bilo u 1. i 3. stupnju socijalnih usluga smještaja (42,9% vs 42,9%). Rastavljenih ispitanika najviše je bilo u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja (40,9%), kao i udovaca/udovica (38,7%). Najmanje ispitanika koji su u braku bilo je u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja (26,2%). Ispitanika koji su u izvanbračnoj zajednici nije bilo ni u 2. ni u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja. Neoženjenih/neudanih ispitanika najmanje je bilo u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja (14,3%) kao i rastavljenih (22,7%) i udovaca/udovica (28,6%) (tablica 14).

Tablica 14. Usporedba bračnog statusa ispitanika u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)

			Stupanj socijalnih usluga smještaja			
			1.	2.	3.	Ukupno
Bračni status	U braku	N	18	11	13	42
		Bračni status %	42,9%	26,2%	31,0%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	18,0%	16,7%	15,9%	16,9%
	U izvanbračnoj zajednici	N	2	0	0	2
		Bračni status %	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	2,0%	0,0%	0,0%	0,8%
	Neoženjen / neudana	N	6	2	6	14
		Bračni status %	42,9%	14,3%	42,9%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	6,0%	3,0%	7,3%	5,6%
	Rastavljen / rastavljena	N	9	5	8	22
		Bračni status %	40,9%	22,7%	36,4%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	9,0%	7,6%	9,8%	8,9%
Udovac / udovica	N	65	48	55	168	
	Bračni status %	38,7%	28,6%	32,7%	100,0%	
	Stupanj socijalnih usluga smještaja %	65,0%	72,7%	67,1%	67,7%	
Ukupno		N	100	66	82	248
		Bračni status %	40,3%	26,6%	33,1%	100,0%
		Stupanj socijalnih usluga smještaja %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: anketni upitnik 2019.

Prema analizi podataka dobivenih testom Kruskal-Wallis utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između dobne skupine i stupnja socijalnih usluga smještaja ($p = 0,001$), funkcionalne samostalnosti i stupnja socijalnih usluga smještaja ($p < 0,001$), duljine boravka u domu i stupnja socijalnih usluga smještaja ($p < 0,001$), stupnja obrazovanja i stupnja socijalnih usluga smještaja ($p = 0,043$) te da nema statistički značajne razlike između spola i stupnja socijalnih usluga smještaja te bračnog statusa i stupnja socijalnih usluga smještaja (tablica 15).

Tablica 15: Usporedba sociodemografskih varijabli ispitanika i funkcionalne samostalnosti (MBI) u odnosu na stupanj socijalnih usluga smještaja (N = 248)

	Kruskal-Wallis H*	df	P
Dobna skupina	14,896	2	0,001
Spol	4,201	1	0,122
Funkcionalna samostalnost (MBI)	114,534	4	<0,001
Duljina boravka u domu	16,444	5	<0,001
Stupanj obrazovanja	6,298	3	0,043
Bračni status	0,924	4	0,630

* Kruskal-Wallis test

Izvor: anketni upitnik 2017.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 100) u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama kvalitete života pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 97,00), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 86,67 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena u domeni duhovnog blagostanja (medijan 69,00; IQR = 46,00 – 92,00) (tablica 16).

Tablica 16: Analiza samoprocijenjene kvalitete života korisnika (N = 100) u 1. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	74,44	64,44 – 82,22
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33 – 97,00
Privatnost	93,33	93,33 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	82,78	71,11 – 83,89
Međuljudski odnosi	89,33	64,00 – 94,67
Autonomija	93,33	86,67 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	75,56 – 84,44
Duhovno blagostanje	69,00	46,00 – 92,00
Sigurnost	76,00	76,00 – 78,00
Individualnost	93,33	93,33 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 66) u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama kvalitete života pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 86,67 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 70,72 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena u domeni duhovnog blagostanja (medijan 69,00; IQR = 46,00 – 92,00) (tablica 17).

Tablica 17: Analiza samoprocijenjene kvalitete života korisnika (N = 66) u 2. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	65,28	54,44 – 77,78
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33 – 93,33
Privatnost	93,33	93,33 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	74,44	54,11 – 83,39
Međuljudski odnosi	74,67	59,33 – 90,33
Autonomija	93,33	86,67 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	58,11 – 93,33
Duhovno blagostanje	69,00	46,00 – 92,00
Sigurnost	77,67	75,53 – 79,33
Individualnost	93,33	70,72 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 82) u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama kvalitete života pokazala je najvišu razinu u domeni dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 88,00 – 93,33), a najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena je kod domene smislene aktivnosti (medijan 53,78; IQR = 28,06 – 76,56) (tablica 18).

Tablica 18: Analiza samoprocijenjene kvalitete života korisnika (N = 82) u 3. stupnju socijalnih usluga smještaja prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	65,56	56,11 – 80,56
Funkcionalna kompetencija	78,00	16,67 – 93,33
Privatnost	78,00	63,67 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	88,00 – 93,33
Smislene aktivnosti	53,78	28,06 – 76,56
Međuljudski odnosi	59,33	35,33 – 74,67
Autonomija	87,50	72,33 – 93,33
Uživanje u hrani	77,78	66,67 – 93,33
Duhovno blagostanje	60,50	39,30 – 88,50
Sigurnost	77,00	64,53 – 82,67
Individualnost	80,56	33,33 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika koji su potpuno ovisni (N = 33) (MBI) pokazala je najvišu razinu u domeni dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 87,00 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene funkcionalne kompetencije (medijan 16,67; IQR = 16,67 – 16,67) (tablica 19).

Tablica 19: Analiza samoprocijenjene kvalitete života potpuno ovisnih korisnika (N=33) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	62,78	52,22 – 74,17
Funkcionalna kompetencija	16,67	16,67 – 16,67
Privatnost	78,00	33,33 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	87,00 – 93,33
Smislene aktivnosti	22,22	17,00 – 52,94
Međuljudski odnosi	59,33	27,67 – 59,33
Autonomija	82,50	64,42 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	66,67 – 93,33
Duhovno blagostanje	46,00	23,00 – 92,00
Sigurnost	78,00	60,87 – 89,33
Individualnost	80,56	33,33 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 3) koji su jako ovisni (MBI) pokazala je najvišu razinu u domeni dostojanstva (medijan = 93,33; IQR = 93,33 – 93,33) te uživanja u hrani (medijan = 93,33; IQR = 77,78 – 93,33), a najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena je kod domene duhovnog blagostanja (medijan = 60,00; IQR = 10,00 – 60,00) (tablica 20).

Tablica 20: Analiza samoprocijenjene kvalitete života jako ovisnih korisnika (N = 3) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	87,78	80,56 – 87,78
Funkcionalna kompetencija	78,00	40,00 – 78,00
Privatnost	88,00	72,00 – 88,00
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	91,39	45,83 – 91,39
Međuljudski odnosi	73,33	60,00 – 73,33
Autonomija	91,67	78,33 – 91,67
Uživanje u hrani	93,33	77,78 – 93,33
Duhovno blagostanje	60,00	10,00 – 60,00
Sigurnost	78,00	60,00 – 78,00
Individualnost	61,11	19,44 – 61,11

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 69) koji su umjereno ovisni (MBI) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 81,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 78,00 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 90,67 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 75,83 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 55,00 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene komfora (medijan 64,72; IQR = 54,44 – 76,11) (tablica 21).

Tablica 21: Analiza samoprocijenjene kvalitete života umjereno ovisnih korisnika (N = 69) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	64,72	54,44 – 76,11
Funkcionalna kompetencija	93,33	81,33 – 93,33
Privatnost	93,33	78,00 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	90,67 – 93,33
Smislene aktivnosti	66,28	47,22 – 82,78
Međuljudski odnosi	74,67	44,00 – 89,33
Autonomija	93,33	75,83 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	66,67 – 93,33
Duhovno blagostanje	69,00	46,00 – 92,00
Sigurnost	76,00	73,67 – 79,33
Individualnost	93,33	55,00 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 45) koji su malo ovisni (MBI) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 86,67 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 80,56 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene komfora (medijan 65,00; IQR = 57,78 – 75,83) (tablica 22).

Tablica 22: Analiza samoprocijenjene kvalitete života malo ovisnih korisnika (N = 45) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	65,00	57,78 – 75,83
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33 – 93,33
Privatnost	93,33	93,33 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	72,78	54,17 – 83,89
Međuljudski odnosi	74,67	59,33 – 94,67
Autonomija	93,33	86,67 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	55,56 – 93,33
Duhovno blagostanje	69,00	46,00 – 86,00
Sigurnost	78,00	72,67 – 82,67
Individualnost	93,33	80,56 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 98) koji su potpuno samostalni (MBI) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 94,67), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 86,67 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 88,89 – 93,33). Najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene duhovnog blagostanja (medijan 69,00; IQR = 46,00 – 92,00) (tablica 23).

Tablica 23: Analiza samoprocijenjene kvalitete života potpuno samostalnih korisnika (N = 98) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	74,44	64,44 – 87,22
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33 – 94,67
Privatnost	93,33	93,33 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	82,78	71,11 – 83,89
Međuljudski odnosi	82,67	63,20 – 94,67
Autonomija	93,33	86,67 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	73,33 – 93,33
Duhovno blagostanje	69,00	46,00 – 92,00
Sigurnost	76,00	76,00 – 78,00
Individualnost	93,33	88,89 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika dobne skupine od 65 do 74 godine (N = 22) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 72,33 – 96,00), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 83,00 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 63,50 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene duhovnog blagostanja (medijan 54,50; IQR = 41,80 – 76,50) (tablica 24).

Tablica 24: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika dobne skupine od 65 do 74 godine (N = 22) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	66,11	48,61 – 83,61
Funkcionalna kompetencija	93,33	72,33 – 96,00
Privatnost	93,33	83,00 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	81,28	62,50 – 83,89
Međuljudski odnosi	74,00	59,33 – 94,67
Autonomija	90,83	83,75 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	66,67 – 93,33
Duhovno blagostanje	54,50	41,80 – 76,50
Sigurnost	76,00	72,67 – 78,00
Individualnost	93,33	63,50 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika dobne skupine od 75 do 84 godine (N = 110) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 80,83 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 80,28 – 93,33), a najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena je kod domene duhovnog blagostanja (medijan 69,00; IQR = 46,00 – 78,00) (tablica 25).

Tablica 25: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika dobne skupine od 75 do 84 godine (N = 110) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	70,00	60,00 – 82,22
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33 – 93,33
Privatnost	93,33	93,33 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	78,33	60,56 – 83,89
Međuljudski odnosi	79,33	59,33 – 94,67
Autonomija	93,33	80,83 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	73,33 – 93,33
Duhovno blagostanje	69,00	46,00 – 92,00
Sigurnost	76,00	76,00 – 78,00
Individualnost	93,33	80,28 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika dobne skupine od 85 godina i starijih (N = 116) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 78,00 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 78,00 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 85,83 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 62,39 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena u domenama komfora (medijan 68,06; IQR = 59,17 – 77,78) te smislenih aktivnosti (medijan 68,06; IQR = 46,67 – 82,78) (tablica 26).

Tablica 26: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika dobne skupine od 85 godina i starijih (N = 116) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	68,06	59,17 – 77,78
Funkcionalna kompetencija	93,33	78,00 – 93,33
Privatnost	93,33	78,00 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	68,06	46,67 – 82,78
Međuljudski odnosi	74,67	44,00 – 93,33
Autonomija	93,33	85,83 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	66,67 – 93,33
Duhovno blagostanje	69,00	42,30 – 85,50
Sigurnost	76,00	72,67 – 79,33
Individualnost	93,33	62,39 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika u odnosu na muški spol (N = 62) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 86,67 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 67,78 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene duhovnog blagostanja (medijan 61,50; IQR = 46,00 – 78,00) (tablica 27).

Tablica 27: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na muški spol (N = 62) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	75,56	62,50 – 86,11
Funkcionalna kompetencija	93,33	93,33 – 93,33
Privatnost	93,33	93,33 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	78,61	66,00 – 83,89
Međuljudski odnosi	74,67	59,33 – 93,33
Autonomija	93,33	86,67 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	58,11 – 93,33
Duhovno blagostanje	61,50	46,00 – 70,30
Sigurnost	76,00	76,00 – 78,00
Individualnost	93,33	67,78 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika u odnosu na ženski spol (N = 186) pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije (medijan 93,33; IQR = 83,33 – 93,33), privatnosti (medijan 93,33; IQR = 78,00 – 93,33), dostojanstva (medijan 93,33; IQR = 93,33 – 93,33), autonomije (medijan 93,33; IQR = 80,00 – 93,33) te individualnosti (medijan 93,33; IQR = 73,89 – 93,33), dok je najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena kod domene komfora (medijan 65,56; IQR = 58,61 – 76,94) (tablica 28).

Tablica 28: Analiza samoprocijenjene kvalitete života ispitanika u odnosu na ženski spol (N = 186) prema ispitivanim domenama

Domene kvalitete života	Medijan	IQR
Komfor (fizički)	65,56	58,61 – 76,94
Funkcionalna kompetencija	93,33	83,33 – 93,33
Privatnost	93,33	78,00 – 93,33
Dostojanstvo	93,33	93,33 – 93,33
Smislene aktivnosti	71,11	51,67 – 82,78
Međuljudski odnosi	74,67	53,67 – 94,67
Autonomija	93,33	80,00 – 93,33
Uživanje u hrani	84,44	67,78 – 93,33
Duhovno blagostanje	69,00	46,00 – 92,00
Sigurnost	76,00	76,00 – 79,33
Individualnost	93,33	73,89 – 93,33

IQR = interkvartilni raspon

Izvor: anketni upitnik 2019.

Ispitivanjem povezanosti između dobi i domena samoprocijenjene kvalitete života utvrđene su statistički značajne povezanosti dobi s domenom funkcionalne kompetencije ($\rho = -0,146$; $p = 0,023$) te domenom smislene aktivnosti ($\rho = -0,167$; $p = 0,009$). Dobiveni rezultati nas upućuju na utvrđivanje prisutnosti negativne povezanosti dobi i samoprocijenjene kvalitete života, odnosno da se s porastom dobi smanjuje kvaliteta života. Viša životna dob znači lošiju kvalitetu života (tablica 29).

Tablica 29: Povezanost samoprocijenjene kvalitete života u odnosu na dob ispitanika (N = 248)

Komfor (fizički)	rho	-0,025
	P	0,699
	N	243
Funkcionalna kompetencija	rho	-0,146*
	P	0,023
	N	244
Privatnost	rho	-0,078
	P	0,228
	N	242
Dostojanstvo	rho	-0,124
	P	0,052
	N	247
Smislene aktivnosti	rho	-0,167**
	P	0,009
	N	240
Međuljudski odnosi	rho	-0,086
	P	0,179
	N	247
Autonomija	rho	0,064
	P	0,315
	N	245
Uživanje u hrani	rho	-0,063
	P	0,322
	N	248
Duhovno blagostanje	rho	-0,106
	P	0,099
	N	245
Sigurnost	rho	0,011
	P	0,869
	N	244
Individualnost	rho	-0,097

	P	0,129
	N	247

rho = Spearmanov koeficijent korelacije

* značajnost koeficijenta korelacije pri graničnoj razini signifikantnosti od 5,00%

** značajnost koeficijenta korelacije pri graničnoj razini signifikantnosti od 1,00%

Izvor: anketni upitnik 2019.

Ispitivanjem je utvrđena prisutnost pozitivne i statistički značajne povezanosti između funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene fizičkog komfora ($\rho = 0,220$; $p < 0,001$), funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene funkcionalne kompetencije ($\rho = 0,588$; $p < 0,001$), funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene privatnosti ($\rho = 0,415$; $p < 0,001$), funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene smislene aktivnosti ($\rho = 0,502$; $p < 0,001$), funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene međuljudskih odnosa ($\rho = 0,387$; $p < 0,001$), funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene autonomije ($\rho = 0,211$; $p = 0,001$) te funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene individualnosti ($\rho = 0,273$; $p = < 0,001$). Ispitivanjem povezanosti između funkcionalne samostalnosti (MBI) i samoprocjene dostojanstva utvrđena je niska vrijednost koeficijenta korelacije ($\rho = 0,143 < 0,20$; $p = 0,023$), zbog čega se ne može utvrditi prisutnost povezanosti (tablica 30).

Tablica 30: Povezanost samoprocijenjene kvalitete života u odnosu na funkcionalnu samostalnost (MBI) ispitanika (N = 248)

Komfor (fizički)	rho	0,220**
	P	<0,001
	N	248
Funkcionalna kompetencija	rho	0,588**
	P	<0,001
	N	249
Privatnost	rho	0,415**
	P	<0,001
	N	247
Dostojanstvo	rho	0,143*
	P	0,023
	N	252
Smislene aktivnosti	rho	0,502**
	P	<0,001
	N	244
Međuljudski odnosi	rho	0,387**
	P	<0,001
	N	252
Autonomija	rho	0,211**
	P	0,001
	N	250
Uživanje u hrani	rho	0,032
	P	0,609
	N	253
Duhovno blagostanje	rho	0,116
	P	0,068
	N	250
Sigurnost	rho	-0,060
	P	0,349
	N	249
Individualnost	rho	0,273**
	P	<0,001
	N	252

*značajnost koeficijenta korelacije pri graničnoj razini signifikantnosti od 5,00%

** značajnost koeficijenta korelacije pri graničnoj razini signifikantnosti od 1,00%

Izvor: anketni upitnik 2019.

3.5 Rasprava

Rezultati analize samoprocjene kvalitete života korisnika u pet (5) decentraliziranih domova za starije u gradu Zagrebu pokazuju u odnosu na sve ispitivane varijable; spol, dobnu strukturu, stupnjeve socijalnih usluga smještaja, kategorije funkcionalne samostalnosti, kako su redovito zastupljene statistički značajne razlike prema pojedinim domenama.

Analiza samoprocjene kvalitete života korisnika domova za starije pokazala je da razlike po spolu ima najmanji broj domena (3/11) koje se statistički značajno razlikuju (komfor, duhovno blagostanje i smislene aktivnosti) a također je u istom broju domena (3/11) statistički značajno zastupljena razlika po dobi (funkcionalna kompetencija, smislene aktivnosti i duhovno blagostanje).

U ovom istraživanju utvrđen je najviši broj domena (8/11): funkcionalne kompetencije, komfora, privatnosti, dostojanstva, individualnosti, smislenih aktivnosti, autonomije i međuljudskih odnosa koje se statistički značajno razlikuju kod samoprocjene kvalitete života korisnika koji su raspodijeljeni prema stupnju pruženih socijalnih usluga smještaja. To nas upućuje na ključnu ulogu raspodjele i pružanja opsega i intenziteta socijalnih usluga smještaja u domovima za starije osobe u svrhu osiguranja i unapređenja kvalitete života korisnika. Struktura podjele po stupnjevima socijalnih usluga smještaja u domovima za starije osobe poglavito se zasniva na funkcionalnoj sposobnosti starijih osoba. Slijedom toga analiza samoprocjene kvalitete života korisnika u odnosu na raspodjelu po kategorijama funkcionalne neovisnosti (Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper) (MBI) (Shah i sur. 1989, 703–709) pokazala je također statistički značajnu razliku u većem broju ispitivanih domena (7/11) i to komfora, funkcionalne kompetencije, privatnosti, smislenih aktivnosti, međuljudskih odnosa, individualnosti i autonomije.

Pretraživanjem literature nije se pronašlo istraživanje koje ispituje povezanost stupnja pruženih usluga smještaja i samoprocjene kvalitete života korisnika domova za starije.

Testiranje postavljenih hipoteza u ovom istraživanju pokazalo je zanimljive rezultate koji upućuju na mogućnosti unaprjeđenja individualnog gerontološkog pristupa prema korisnicima decentraliziranih domova za starije osobe.

H1 Samoprocjena domena kvalitete života u domovima za starije veća je kod korisnika koji primaju 3. stupanj usluga u odnosu na druge ispitivane stupnjeve usluga.

Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života korisnika s obzirom na stupanj socijalnih usluga smještaja utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u domenama:

- komfora gdje je najveća razina utvrđena među ispitanicima iz kategorije 1. stupnja socijalnih usluga,
- funkcionalne kompetencije gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1 i 2 socijalne usluge smještaja,
- privatnosti gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- dostojanstva gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- smislene aktivnosti gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- međuljudskih odnosa gdje je najveća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- autonomije gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja te
- individualnosti gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja (tablica 5).

Nerijetko je zastupljeno mišljenje kako institucijski smještaj domova za starije osobe pruža mogućnosti ostvarenja više kvalitete života za korisnike s multimorbiditetom i funkcionalnom onesposobljenosti (što implicira na 3. stupanj socijalnih usluga smještaja) u odnosu na izvaninstitucijsku skrb, osobito zbog uvjeta za stručno i organizirano pružanje usluga brige o zdravlju, zdravstvene njege, higijene prostora i rublja, socijalnog rada, stanovanja, prehrane i drugih usluga (Havelka i sur. 2000, 24).

Rezultati ovog istraživanja ukazuju da je očito potreban plan i program mjera za unaprjeđenje kvalitete života korisnike 3. stupnja socijalnih usluga smještaja u domovima za starije osobe, sukladno njihovoj samoprocjeni ispitivanih domena kvalitete života

odnosno usporedbi sa samoprocjenom kvalitete života korisnika kategorija 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja.

H2 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je kod pojavnosti većeg stupnja funkcionalne onesposobljenosti.

Usporedbom funkcionalne samostalnosti (MBI) s domenama samoprocijenjene kvalitete života utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u domenama:

- komfora, funkcionalne kompetencije, privatnosti, smislene aktivnosti, međuljudskih odnosa i autonomije gdje je najniža razina utvrđena među korisnicima kategorije potpune ovisnosti,
- individualnosti gdje je najniža vrijednost utvrđena kod korisnika s jakom razinom ovisnošću (tablica 6).

To su razlozi za donošenje novih normi, odnosno uvjeta u pogledu prostora, stručnih radnika i opreme, integriranih gerontoloških programa za unaprjeđenje, praćenje, analizu i evaluaciju kvalitete života korisnika 3. stupnja socijalnih usluga smještaja uz trajnu stručno usavršavanje za osoblje u domovima za starije osobe iz područja gerontologije.

H3 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je u starijim dobnim skupinama.

Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života i dobnih skupina postoji statistički značajna razlika u domenama funkcionalne kompetencije, smislene aktivnosti i duhovnog blagostanja.

- Niža razina domene funkcionalne kompetencije utvrđena je kod ispitanika u dobnoj skupini od 85 godina i starijih u odnosu na dobne skupine 65 – 75 i 75 – 84 godina.
- Najviša razina domene smislenih aktivnosti zabilježena je kod ispitanika dobne skupine 65 – 74 godine, dok je najniža utvrđena za stanovnike dobne skupine 85 godina i starijih.

- Kod ispitanika dobne skupine 75 – 84 i 85 i više godina utvrđena je viša razina domene duhovnog blagostanja u odnosu na ispitanike dobne skupine 65 – 74 godina (tablica 7).

Analiza i usporedba domena samoprocjenjene kvalitete života korisnika domova za starije osobe prema dobnim skupinama (ranije, srednje i duboke starosti) je od osobitog značaja za individualni gerontološki pristup. Rezultati istraživanja pokazuju da je kod korisnika u srednjoj i dubokoj starosti viša razina domene duhovnog blagostanja u odnosu na korisnike u ranijoj starosti, što posebno usmjerava na važnost duhovnih potreba u individualnom gerontološkom pristupu.

H4 Samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća je kod muškog spola.

Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života s obzirom na spol utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u domenama:

- komfora gdje je veća razina utvrđena među muškarcima u odnosu na žene,
- smislene aktivnosti gdje je veća razina utvrđena među muškarcima u odnosu na žene,
- duhovnog blagostanja gdje je veća razina utvrđena među ženama u odnosu na muškarce (tablica 8).

Rezultati istraživanja koji pokazuju razliku u domenama samoprocjene kvalitete života kod korisnika domova za starije osobe u odnosu na spol, također pružaju mogućnosti unaprjeđenja u individualnom gerontološkom pristupu, kao i razvoju integriranih gerontoloških programa za ženske i muške korisnike institucijske dugotrajne skrbi domova za starije osobe.

Rezultati ovog istraživanja govore kako je u odnosu na funkcionalnu samostalnost (MBI) najviše ispitanika bilo funkcionalno samostalno (39,5%) za razliku od 13,3% korisnika domova za starije osobe koji su bili potpuno ovisni. To se može objasniti činjenicom da u istraživanje nije uključena skupina korisnika koji primaju 4. stupanj socijalnih usluga smještaja u domovima za starije osobe koji obuhvaća korisnike s demencijom, Alzheimerovom bolešću (srednji/srednje teški stadij bolesti).

Procjena kvalitete života zahtijeva multidimenzionalni pristup (Lawton 1983, 349–357; Lawton 1991, 6; Lawton 1999, 181–183; Bowling i sur. 2002, 355–371; Kane 2003, 28–36; Bowling i sur. 2015, 13–31), koji se odnosi na objektivne deskriptore i subjektivnu, sveobuhvatnu procjenu blagostanja na širokom području funkcioniranja starije osobe (Lawton 1991, 3–27; Bowling i sur. 2002, 355–371; Tomek-Roksandić i sur. 2010; Tomasović Mrčela 2011). Istraživanja upućuju na specifičnosti procjene kvalitete života starijih osoba poput ograničene korisnosti primjene SF36 upitnika u domovima za starije (Andresen i sur. 1999; Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001, 1–11; Hall i sur. 2011, 507–512). Slijedom toga, primjenjuju se primjerice Upitnik o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe (Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001; Kane i sur. 2003, 240–248) s domenama koje poglavito obuhvaćaju psihološke i socijalne aspekte kvalitete života poput fizičke udobnosti, privatnosti, autonomije, digniteta, osmišljene aktivnosti, zadovoljstva s prehranom, interpersonalnih odnosa, sigurnosti, duhovnog blagostanja i druge (Kane 2001, 297; Kane 2003, 28–36; Kane i sur. 2003, 240–248; DuMond 2010; Kolarić i sur. 2019, 11–21).

Kvaliteta života starijih osoba povezana je s dostupnošću te dostatnošću institucijske i izvaninstitucijske profesionalne potrebne pomoći u lokalnoj zajednici (Žganec i sur. 2008, 171–188; Williams i sur. 2009, 95–105).

Na kvalitetu života u starijoj dobi također utječu osjećaj korisnosti, razina aktivnosti, očuvana socijalna mreža i obiteljski odnosi (Bowling i sur. 2002, 355–356; Zahava i Bowling 2004, 688–689; Cornwell i sur. 2008, 11–13). Utvrđeno je da se potrebe za uslugama zdravstvene skrbi, usluge pomoći u kući i usluge vezane za slobodno vrijeme i aktivnosti starijih osoba (Havelka i sur. 2000, 24) razlikuju u odnosu na pojedine ispitivane gerontološko-javnozdravstvene determinante (poput dobi i spola) te je očekivano da će osobe u starijim dobnim skupinama u odnosu na mlađe imati veću potrebu za svim uslugama skrbi.

Najvažniji aspekti kvalitete života korisnika u domu za starije su njihovo dostojanstvo, duhovno blagostanje, uživanje u hrani (Burack i sur. 2012, 51–52), aktivnosti u slobodno vrijeme, obitelj, odnosi, društveni život, neovisnost te mir i zadovoljstvo (Kane 2001, 297–298; Hall i sur. 2011, 510–511; Stadnyk i sur. 2017, 243–258).

Prediktori koji utječu na nižu kvalitetu života starijih osoba u domovima za starije su dijagnoza depresije, smanjena funkcionalnost u aktivnostima svakodnevnog života (Luleci

i sur. 2008, 57-66; Barca i sur. 2011, 439–440) neuropsihijatrijski simptomi (tj. problemi ponašanja) demencije (Cordner i sur. 2010, 5–6), niži socioekonomski status i socijalna podrška (Tseng i Wang 2001, 304–311; Chang i sur. 2010, 6–8) kognitivni poremećaj (Barca i sur. 2011, 439–440), ženski spol (Barca i sur. 2011, 440; Vitorino i sur. 2012, 1190; Simeão i sur. 2018, 3931; López Espuela 2019, 476; Dung i sur. 2020, 4) povijest bolesti višestrukih komorbiditeta (Chang i sur. 2010, 6–8) i dulje trajanje boravka u domovima za starije (Tseng i Wang 2001, 304–311).

Posebno treba istaknuti (Wang i sur. 2016; 5–8) kako su u korisnika domova za starije upravo depresija i poteškoće u komunikaciji s osobljem dva glavna promjenjiva čimbenika rizika lošije kvalitete života. Slijedom navedenih prediktora može se utvrditi da mnoga istraživanja u domovima za starije osobe upućuju kako se samoprocjena kvalitete života korisnika po ispitivanim domenama razlikuje u odnosu na spol, funkcionalnu samostalnost, mentalno zdravlje, zastupljene zdravstvene poteškoće te druge čimbenike (Dugger 2010, 112–118; Barca i sur. 2011, 439–440; Mares i sur. 2016, 11–12; Miranda i sur. 2016, 3539–3542; López Espuela i sur. 2019, 476).

Gerontološko-javnozdravstveni pokazatelji o kvaliteti života starijih osoba postaju sve značajniji u stručnim procjenama ishoda nakon primijenjene sveobuhvatne gerontološke intervencije (Ham i sur. 2007, 69; Tomek-Roksandić i sur. 2016). Od osobitog je značaja u okviru gerontološko-javnozdravstvenih analiza odrediti koje su to najniže samoprocijenjene domene kvalitete života korisnika domova za starije osobe, s mogućim negativnim reperkusijama na zdravstveno stanje starijih osoba koje su često s pojavom multimorbiditeta i funkcionalne onesposobljenosti u dugotrajnoj institucijskoj skrbi (Stavljenić–Rukavina i sur. 2012, 8).

Ovo istraživanje je pokazalo kako je najniži rezultat samoprocijenjene kvalitete života korisnika u pet (5) decentraliziranih domova za starije osobe grada Zagreba zabilježen u domeni komfora (medijan 68,89; IQR = 58,89 – 80,56).

Za domenu komfora u decentraliziranim domovima za starije osobe osobito je važna primjena Pravilnika o mjerilima za pružanje socijalnih usluga (Narodne novine 110/2022) u kojem se propisuju mjerila prostora, opreme, potrebnih stručnih i drugih radnika, sadržaj, opseg i način pružanja socijalnih usluga. U navedenom Pravilniku fokusirano se navode u točki 5.15.2.5., Posebna mjerila opreme za pružanje usluge smještaja za starije osobe i

teško bolesne odrasle osobe (Članak 86), te u PRILOGU 1. KATALOG SOCIJALNIH USLUGA: šifra usluge, naziv usluge i minimalni broj radnika na broj jedinica usluge/broj korisnika (Narodne novine 110/2022).

U svrhe promišljanja o poboljšanju samoprocjene kvalitete života starijih osoba prema izdvojenim domenama, posebno komfora koji je najniže rangiran, postavlja se pitanje uključivanja socijalnih gerontologa u izradbu pravilnika koji definiraju mjerila prostora, opreme, potrebnih stručnih i drugih radnika, sadržaj, opseg i način pružanja socijalnih usluga za starije osobe. Štoviše, uloga socijalnih gerontologa bi trebala biti prepoznata i na operativnoj razini u decentraliziranim domovima za starije osobe u multidisciplinarnom gerontološkom timu koji obuhvaća medicinske sestre, fizioterapeute, njegovatelje, socijalne radnike i stručne suradnike.

3.5.1 Poveznica samoprocjene kvalitete života korisnika domova za starije i mogućih implikacija na poboljšanje zdravlja starijih osoba na primjeru domene uživanja u hrani

Istraživanja su potvrdila različite moguće razloge zbog kojih starije osobe, korisnici domova za starije osobe ne uživaju u hrani primjerice: akutna bolest, fiziološke promjene koje se događaju u organizmu starije osobe, psihološke promjene, kronične bolesti, korištenje određenih lijekova, promjene u socijalnom okruženju, dentalni problemi i drugo (Tseng i Wang 2001, 304–311; Barca i sur, 2011, 439–411; Hall i sur. 2011; Burack i sur. 2012, 51–52; Pilgrim i sur. 2015, 29–35).

Smanjenje unosa hrane u starijih osoba može se fiziološki objasniti smanjenjem okusa i mirisa, gastrointestinalnim signalom zasićenosti, povećanjem razine leptina koje se javlja pretežno kod muškaraca te smanjenje središnjeg nagona za hranjenjem, što predstavlja moguće rizike za razvoj anoreksije starenja (Morley 2001, 85). Poznato je da su čimbenici koji povećavaju rizik za malnutriciju starija dob, funkcionalna onesposobljenost i razni komorbiditeti (Salminen i sur. 2019, 477). Opsežna studija koja je provedena u Helsinkiju (Finska) upućuje da je pothranjenost korisnika (prosječna dob 82 godine) povezana s duljim vremenom boravka u domovima za starije i smanjenim aktivnostima svakodnevnog života (ADL), sa ženskim spolom, poteškoćom s gutanjem hrane, demencijom, opstipacijom, i moždanim udarom (Suominen i sur. 2005, 581–582). Gubitak apetita starijih osoba se povezuje s funkcionalnom onesposobljenosti u domeni aktivnosti

svakodnevnog života (ADL), tako da je prepoznat kao čimbenik koji nepovoljno utječe na njihovu kvalitetu života i funkcionalnu neovisnost posebno ako su smješteni u domovima za starije osobe ili u bolnicama (Landi i sur. 2016, 3–4).

Istraživanje provedeno u Helsinkiju 2017. g. u koje je bilo uključeno 2160 korisnika institucijskog smještaja (*long term care residents*) (od 65 godina i više) je pokazalo značajnu povezanost nutritivnog statusa ispitanika (MNA *total score*) u oba spola (muškaraca i žena) s kvalitetom njihovog života (HRQoL) (Salminen i sur. 2019, 477).

U populaciji starijih osoba smještenim u domovima za starije osobe i na odjelima za dugotrajnu skrb u Helsinkiju (Finskoj) istraživanje je pokazalo da je pothranjenost povezana i s lošim oralnim statusom te s problemima oralnog zdravlja. Studija upućuje da su osobito izloženi riziku od pothranjenosti korisnici koji su bezubi i bez dentalne proteze (Soini i sur. 2006, 497–499).

U istraživanju Wang i sur (2016, 6–8) ne/uživanje u hrani (odnosno niži rezultati u domeni „uživanja u hrani“) samoprocijenjene kvalitete života korisnika domova za starije osobe u Singapuru povezano je s lošijim kognitivnim funkcioniranjem i velikom depresijom. Istraživanje je pokazalo da veća ovisnost kod obavljanja ADL-a kao i poteškoće u komunikaciji s osobljem lošije utječu na različite aspekte kvalitete života korisnika. U predmetnom istraživanju više od 30% korisnika u domovima za starije izjavilo je da ne mogu jesti svoju omiljenu hranu (31,2%) (Wang i sur. 2016, 6–8).

Dakle, zbog nisko samoprocijenjenog uživanja u hrani moguća je pojava gubitka težine i prehrambenih nedostataka (uključujući makronutrijente i mikronutrijente) s ozbiljnim posljedicama za zdravstveno stanje starije osobe. Istraživanja govore da gotovo 15 do 30% starije populacije utvrđena anoreksija starenja koja je češće prisutna u institucijskom smještaju poput bolnica i domova za starije osobe te kod ženskog spola i kronološki starijih osoba (Pilgrim, i sur. 2015, 2).

Razina samoprocijenjene domene „uživanja u hrani“ osim u multidimenzionalnom pristupu kvaliteti života korisnika domova za starije osobe, posebno je važna zbog mogućih implikacija na poboljšanje zdravlja starijih osoba uključujući njihov nutritivni status (Rondón García i Ramírez Navarro 2018, 6). Slijedom navedenog omogućava se sinergija pružanja zdravstvenih i socijalnih usluga u području zaštite zdravlja starijih osoba uz intersektorski gerontološki pristup.

3.5.2 Važnost nutritivnog statusa u starijih osoba

U osoba starije životne dobi istaknuta su dva problema vezana uz hranu i prehranu. S jedne strane se javlja pretilost, a s druge strane rizik od pothranjenosti ili malnutricije.

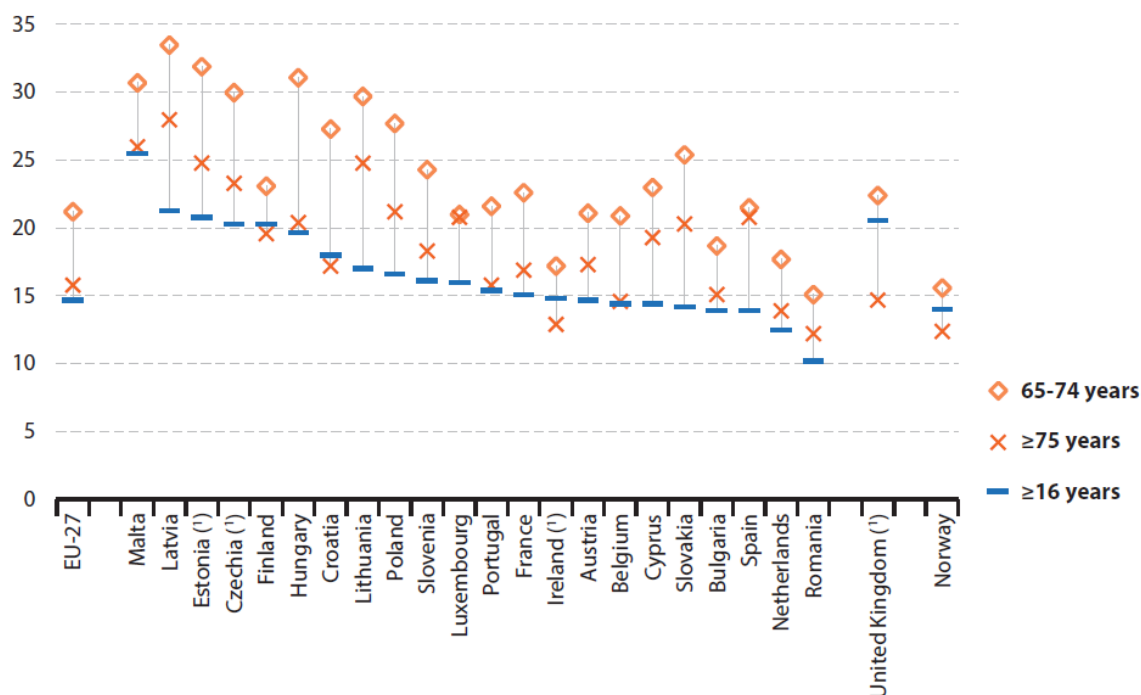
Pretilost ili debljina je bolest koja je zbog svoje učestalosti velik javnozdravstveni problem. Osim što je i sama klasificirana kao bolest, povećava rizik za nastanak još niz drugih kroničnih bolesti, primjerice dijabetesa tipa 2, kardiovaskularnih bolesti, koronarne srčane bolesti, arterijske hipertenzije i nekih oblika karcinoma (Eurostat 2020, 65).

Istraživanja upućuju da granične vrijednosti kategorija uhranjenosti temeljene na indeksu tjelesne mase koji je izražen u kg/m^2 , a odnose se na odraslu dob nisu odgovarajuće za stariju dob unatoč tome što glede toga nisu donesene posebne upute. Naime, neki autori smatraju optimalnom vrijednost indeksa tjelesne mase (ITM) od 25-29 kg/m^2 u starijoj životnoj dobi (Tomek-Roksandić i sur. 2012, 300).

Pretilost je definirana indeksom tjelesne mase (ITM). U Eurostatu (2020, 65) osobe koje imaju ITM 30 i više ($\geq 30 \text{ m/kg}^2$) smatra se da su pretile. Učestalost pretilosti raste s dobi pa je tako u 2017. godini u Europskoj uniji (EU-27) bilo 21,2% pretilih u dobnoj skupini od 65. do 74. godine. Najviše pretilih u dobnoj skupini od 65 do 74 godine, više od 30%, zabilježeno je u Češkoj, Malti, Mađarskoj, Estoniji i Latviji. Za razliku od ove dobne skupine, kod starijih osoba od 75 i više godina u EU-27 pretilih je bilo nešto manje, oko 15,8% (Eurostat 2020, 65).

Kako je i u literaturi zabilježeno, kako ljudi postaju vrlo stari tako dolazi do smanjenja ITM-a. Tako je zabilježeno da je u Mađarskoj i Hrvatskoj stopa pretilosti bila najmanje 50% viša među osobama u dobnoj skupini od 65 do 74 godine u odnosu na osobe u dobi od 75 i više godina. U Španjolskoj i Luksemburgu, suprotno od ranije navedenog, nije bilo razlike u stopama pretilosti između osoba od 65 do 74 godine i onih od 75 i više godina (Eurostat 2020). U usporedbi sa starijim dobnim skupinama, udio pretilih u EU-27 u 2017. godini u odraslom stanovništvu, definiranom kao osobe od 16 i više godina, bio je 14,7% (Eurostat 2020, 65).

Slika 3: Raspodjela pretilosti prema dobnim skupinama, 2017. (% osoba čiji je ITM ≥ 30 kg/m²)



*Podatci za Dansku, Njemačku, Grčku, Italiju i Švedsku nisu dostupni

Izvor: Eurostat 2020.

S obzirom na spol, nije bilo velike razlike između muškaraca i žena starije životne dobi koji su prema podacima Europske unije (EU-27) u 2017. bili pretili. Tako je zabilježeno 21,5% starijih muškaraca u dobnj skupini od 65 do 74 godine koji su bili pretili, što je za 0,6 postotna boda više od udjela starijih žena u istoj dobnj skupini. Kada se usporede muškarci i žene s pretiološću u dobi od 75 godina i više, primjećuje se da je udio starijih žena u dobi od 75 i više godina koje su bile pretile (16,7%) bio za 2,1 postotna boda veći od udjela starijih muškaraca u dobi od 75 i više godina koji su imali ITM ≥ 30 m/kg² (Eurostat 2020, 66).

U populaciji osoba od 16 i više godina, prema podacima Europske unije (EU-27), u 2017. godini manje od polovice (44,5%) provodilo je najmanje tri sata tjedno (izvan radnog vremena) u tjelesnoj aktivnosti. U dobnj skupini od 50 do 64 godine redovitu tjelesnu aktivnost od tri sata tjedno, u slobodno vrijeme, provodilo je 43,2%. Pomalo neočekivano, nešto veći udio starijih u dobnj skupini od 65 do 74 godine proveo je tri sata tjedno tjelesne aktivnosti (44,5%). Iz ovog se može pretpostaviti da više osoba u dobnj skupini

od 65 do 74 godine provodi tri sata tjedno tjelesne aktivnosti zbog dodatnoga slobodnog vremena zbog umirovljenja. Međutim, već u starijoj dobnoj skupini osoba starijih od 75 i više godina manje ih provodi tjelesnu aktivnost tri sata tjedno (33,4%) (Eurostat 2020, 142).

U gerontologiji se posebna pažnja usmjerava na samoprocjenu kvalitete života individualne starije osobe povezanu sa zdravljem (HRQOL). Iz toga proizlazi da se HRQOL odnosi na prepoznate determinante kvalitete života koje utječu na tjelesno i mentalno zdravlje kao i zdravstvene rizike, uključujući i funkcionalnu sposobnost, socioekonomski status te socijalnu podršku starijoj osobi (CDC 2018).

U hrvatskom istraživanju u domovima za starije osobe medijan učestalosti pothranjenosti u 2017. godini bio je 4,9% (IQR = 1,2% – 8,2%), i 5,0% (IQR = 2,3% – 8,1%) u 2018. godini, što je utvrđeno uporabom „Upitnika o praćenju pokazatelja kvalitete u domovima za starije osobe“ (Tomasović Mrčela i sur. 2020, 308–310). To je istraživanje koje je provedeno u 2017. i 2018. godini upućivanjem predmetnog Upitnika u 160 hrvatskih domova za starije osobe (županijskih, državnih i drugih osnivača), od kojih je ispunjeno i zaprimljeno 40% (N = 66) upitnika u 2017. godini i 41% (N = 64) u 2018. godini (Tomasović Mrčela i sur. 2020, 308).

Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba – jednom godišnje upućuje putem elektronske pošte „Upitnik za praćenje pokazatelja kvalitete u domovima za starije“ (Tomasović Mrčela i sur. 2020, 308) u sve domove za starije osobe te od ovlaštenih osoba dobiva odgovore, koje se koriste u gerontološko-javnozdravstvenim analizama kako bi se unaprijedila kvaliteta dugotrajne skrbi za starije te kultura sigurnosti korisnika u predmetnim institucijama.

Pojava malnutricije i sarkopenije u korisnika domova za starije osobe upućuju na loš nutritivni status i time posljedično povećani pobol, smanjenu funkcionalnu samostalnost što se odražava na kvalitetu života kao i veću smrtnost. Zbog toga je redovita procjena nutritivnog statusa u starijih osoba važan dio zaštite zdravlja u starijoj dobi te se u Smjernicama za prehranu osoba starije dobi (dio 1.) preporučuje rutinski provesti barem jednom godišnje (Vranešić-Bender i sur. 2011, 234; Kolarić i sur. 2020, 37).

Za procjenu nutritivnog statusa starijih osoba preporučuju se validirane metode poput Probira nutritivnog rizika NRS 2002 (engl. *Nutritional Risk Screening 2002*) ili Minimalne nutritivne procjene (engl. *Mini Nutritional Assessment – MNA*) (Kolarić i sur. 2020, 19–21), uzimajući u obzir odrednice geroantropometrije (Vranešić-Bender i sur. 2011, 234; Kolarić i sur. 2020, 37). Iz svega navedenog evidentno je kako fiziološke promjene u osoba starije dobi kao i komorbiditeti donose specifične zahtjeve u prehrani korisnika, koje su povezane s prilagodbom pripreme i planiranja dnevnog rasporeda obroka u domovima za starije osobe što je nužno uskladiti s propisanim gerontološko-prehrambenim preporukama (Vranešić-Bender i sur. 2011, 234). Primjerena prehrana i hidratacija su nužni u zdravstvenoj skrbi za starije osobe (Kolarić i sur. 2020, 37–42).

Upravo objava priručnika pod nazivom „Prehrambeno-gerontološke norme / Jelovnici u domovima za starije osobe i gerontološkim centrima“ (2020. godine) je potaknuta rezultatima gerontološko-javnozdravstvenih analiza o primjeni gerontoprehrambenih normi u domovima za starije osobe. Naime, temeljem dobivenih odgovora (N = 64) za 2018. godinu koji su pristigli slijedom redovitog godišnjeg upućivanja prethodno navedenog Upitnika za praćenje pokazatelja kvalitete u domovima za starije (Tomasović Mrčela i sur. 2020, 308–310) u sve hrvatske domove za starije osobe, utvrdilo se da su se gerontoprehrambene norme primjenjivale u 70%, djelomično su primjenjivane u 24%, a nisu primjenjivane u 5% domova za starije osobe (za 1% odgovor je nepoznat) (Tomasović Mrčela i sur. 2022, 28). Osim praćenja fokusiranih gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja povezanih s nutritivnim statusom starijih osoba, poseban naglasak se stavlja na edukaciju stručnjaka u zaštiti zdravlja starijih osoba o pravilnoj i primjerenoj prehrani (Tomek-Roksandić i sur. 2016).

Stručnjaci različitih stručnih profila u domovima za starije osobe osobitu pozornost trebaju obratiti na svaku eventualnu promjenu u obrascima ponašanja korisnika pri hranjenju, znajući pri tom kako važnost osobnih prehrambenih preferencija ne nestaje sa starenjem te i na taj način vršiti reviziju servirane hrane (Australian Government, Aged Care Quality and Safety Commission (ACQSC) 2023). Od osobite važnosti je Komisija za izradu jelovnika koja se u pojedinim hrvatskim domovima za starije osobe sastaje primjerice jednom mjesečno te su uključeni voditeljica/voditelj Odjela njege i brige o zdravlju, socijalni radnik, voditeljica/voditelj Odjela prehrane, predstavnik korisnika ali i ostali korisnici ako to žele (Kolarić i sur. 2020; Dom za starije osobe Trešnjevka, Zagreb 2023).

U skrbi za starije osobe je prepoznat osobiti značaj pojedinih čimbenika koji nerijetko utječu na lošiji apetit što implicira i na domenu uživanja u hrani, a to su oslabljen osjet okusa i mirisa, a posebno promjene raspoloženja te okruženje (Pilgrim i sur. 2015, 3–4).

Također su mogući uzroci slabljenja apetita u starijoj dobi osim akutnih i kroničnih bolesti (primjerice Parkinsonove bolesti, raka, kronične opstruktivne plućne bolesti, bolesti jetre i drugih), korištenja određenih lijekova, a često i psihički poremećaji poput depresije, demencije ili delirija (Pilgrim i sur. 2015, 3–4). Posljedice gubitka tjelesne težine u starijih osoba povećavaju rizik za pojavnost dekubitusa, padova, slabosti/krhkosti te drugih neželjenih pojava u dugotrajnoj skrbi za starije osobe (Pilgrim i sur. 2015, 24; Wilson i sur. 2005, 1074).

Naime, domena zdravlja se u mnogim istraživanjima navodi kao najčešći čimbenik koji utječe na izbor hrane u starijih osoba (Shahrin i sur. 2019, 197). Isto tako, potrebno je stručnjake u zaštiti zdravlja starijih osoba educirati koliko je važno zadovoljenje društvenih i emocionalnih potreba u domeni prehrane tako da bi imali intenciju stvoriti atmosferu nalik domaćoj modificiranjem okoliša, svojim stručnim postupcima i interakcijama s korisnicima (ACQSC 2023).

3.5.3 Uloga utvrđivanja funkcionalne sposobnosti starijih osoba

Prioritetan cilj utvrđivanja funkcionalne sposobnosti starije osobe jest odrediti razinu neovisnosti (samostalnosti) pri izvedbi određenih zadataka u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (poput oblačenja, hoda, hranjenja i dr.) i potrebu za tuđom pomoći ili pomagalima. Za utvrđivanje funkcionalnog stanja primjenjuju se standardizirana mjerila, primjerene valjanosti i pouzdanosti (Cohen i Marino, 2000, 21–29) ovisno o svrsi procjene i skupini korisnika koju ispituje. Slijedom toga, funkcionalna sposobnost starijih osoba podrazumijeva procjenu sposobnosti za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjeren kvalitetan život uključujući biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje (Friedman i sur. 2005, 157; Tomek-Roksandić i sur. 2010; Tomek-Roksandić i sur. 2013).

To je ključan gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj koji usmjerava stručnjake u zaštiti zdravlja starijih osoba u primjeni zdravstvenih ili socijalnih intervencija poput organizacije

institucijske ili izvaninstitucijske skrbi za individualnog korisnika (Tomek-Roksandić i sur. 2010; Tomek-Roksandić i sur. 2013). Tako je razina funkcionalne samostalnosti (objektivno utvrđena od medicinskog osoblja koristeći standardizirane upitnike) posebno važna za procjenu kvalitete života starijih osoba i razvoj integriranih gerontoloških programa koji sveobuhvatno obuhvaćaju intersektorski pristup u pružanju zdravstvenih i socijalnih usluga u skrbi za starije osobe (Shah i sur. 1989, 703–709; Tomek-Roksandić i sur. 2010; Tomek-Roksandić i sur. 2013). Često primjenjiv u istraživanjima za procjenu funkcionalne samostalnosti i jednostavan za upotrebu je primjerice Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) (Shah i sur. 1989, 703–709). U intersektorskom pristupu zaštite zdravlja starijih osoba nužno je utvrditi je li i u kojim domenama različita razina funkcionalne samostalnosti utječe na kvalitetu života korisnika domova za starije.

Funkcionalna sposobnost starijih osoba je bitan gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj koji se koristi kod izradbe plana, programa te analizi zadovoljenja zdravstvenih i/ili socijalnih potreba starijih osoba (Soriano i sur. 2007, 29; Tomek-Roksandić i sur. 2016). Interdisciplinarni gerontološki pristup kako u znanstvenim istraživanjima tako i primjenom u praksi, omogućuje prilagodbu i nužno unaprjeđenje zaštite zdravlja za starije osobe u postojećem socio-ekonomskom kontekstu (Ham i sur. 2007, 35; Williams i sur. 2009, 95–105; Bađun 2017, 19–43).

Ograničenje ovog istraživanja je što nisu uvrštene skupine korisnika koji primaju 4. stupanj socijalnih usluga u domovima za starije osobe, a obuhvaćaju korisnike s demencijom, Alzheimerovom bolešću (srednji/srednje teški stadij bolesti), jer postoji značajan problem u komunikaciji i njihovom ispitivanju. Dakle, nisu uvršteni ispitanici s težim kognitivnim oštećenjima i drugim težim psihičkim poremećajima, što bi moglo imati utjecaja na rezultate u svim domenama kvalitete života, a isto tako se nije ispitivao utjecaj kroničnih bolesti korisnika koje bi mogle utjecati na samoprocjenu kvalitete života (Lee i sur. 2009, 511-516; Dugger 2010, 112–118).

Ovo istraživanje nije obuhvatilo utjecaj pojave gerijatrijskih sindroma, depresivnih simptoma, i korištenja lijekova, što je također moglo utjecati na dobivene rezultate. Istraživanje je provedeno u pet decentraliziranih domova za starije osobe u gradu Zagrebu tako da se rezultati ne mogu odnositi na korisnike domova za starije na području čitave Hrvatske, što predstavlja ograničenje ove studije.

3.5.4 Istraživanja kvalitete života starijih osoba u svijetu

Autori Hall i suradnici (2011, 508) smatraju kako nisu svi instrumenti koji mjere kvalitetu života primjereni starijim osobama koje borave u domovima za starije. Primjerice, SF36 je instrument u kojem se pita o aktivnostima koje se ne provode u okruženju doma za starije osobe zbog ograničenog prostora, a ne zbog nesposobnosti (podizanje ili nošenje namirnica i hodanje na velikim udaljenostima). To se slaže s rezultatima Andresen i suradnika (1999, 564–565) koji su zaključili u svom istraživanju da upitnik SF36 može imati ograničenja kod ispitanika/korisnika domova za starije koji imaju više kognitivno i tjelesno funkcioniranje u odnosu na korisnike domova za starije koji prevaliraju. Kako bismo bolje razumjeli potrebe korisnika domova za starije osobe i mogli procijeniti utjecaj intervencija za poboljšanje njihove skrbi, jedan od načina je ispitivanje kvalitete života starijih osoba korisnika domova za starije. Za tu svrhu Hall i suradnici (2011, 508) smatraju da je potrebno odabrati primjeren instrument za istraživanja kvalitete života temeljen na intervjuima.

U istraživanju čimbenika povezanih s kvalitetom života starijih osoba koje koriste usluge Referentnog centra (izvaninstitucijski smještaj) u Brazilu rezultati su pokazali pozitivnu povezanost između kvalitete života, dobi i tjelesne aktivnosti, kao i negativnu povezanost između kvalitete života i kroničnih bolesti kao što su šećerna bolest, arterijska hipertenzija, bolesti koštano-mišićnog sustava i depresija (Miranda i sur. 2016, 3539–3542).

Starija dob povezana je s boljom percepcijom kvalitete života koju autori objašnjavaju boljom prilagodbom na starost i probleme koji se javljaju sa starošću. U navedenom istraživanju većina ispitanika bila je ženskog spola (82,5%). Trećina starijih osoba u ovom istraživanju prijavila je više od tri kronične bolesti. Više od 70% starijih osoba svoju kvalitetu života ocijenilo je dobrom ili vrlo dobrom. Isto tako, više od 70% starijih osoba bilo je zadovoljno svojim zdravljem. U studiji Miranda i suradnika (2016, 3539–3542) zapažena je pozitivna povezanost između učestalosti tjelesne aktivnosti i kvalitete života.

Nalazi navedene studije potvrdili su utjecaj sociodemografskih, bihevioralnih i kliničkih čimbenika na kvalitetu života starijih osoba (Miranda i sur. 2016, 3539–3542). Iz ranijih istraživanja dobro je poznato kako redovita tjelesna aktivnost utječe na bolju kvalitetu života, stoga je važno uključiti starije osobe u programe tjelesnog vježbanja kao i poticati ih na usvajanje zdravih životnih navika. Promocija zdravih životnih navika i njihovo

poticanje od ključne je važnosti u aktivnom i zdravom starenju (Miranda i sur. 2016, 3539–3542).

U istraživanju Krishnappa i suradnika (2021, 276), u kojem su uspoređivali kvalitetu života između starijih osoba u urbanom i ruralnom dijelu području Bangalorea u Indiji, utvrdili su da je viša kvaliteta života među urbanim starijim osobama. Autori u ovom istraživanju nisu pronašli značajne prediktore kvalitete života među ruralnom populacijom. Značajni prediktori kvalitete života među starijim urbanim osobama jesu muški spol, stupanj obrazovanja, zanimanje i financijska neovisnost. Kvaliteta života starijih osoba poboljšava se s financijskom sigurnošću i optimalnim sustavom socijalne potpore. U državama u kojima je dobro uspostavljen mirovinski sustav za starije osobe to znači više samopouzdanja i bolju kvalitetu života. Žene u većini slučajeva prijavljuju nižu kvalitetu života, što pokazuje kako ostaju zanemarene te kako je spolno osjetljiva politika važna i među starijom populacijom (Krishnappa i sur. 2021, 276).

Autori Dung i suradnici (2020, 4) u svojoj studiji koja ispituje kvalitetu života starijih osoba u domovima za starije u Vijetnamu navode kako su korisnici domova za starije osobe imali umjerenu razinu kvalitete života. Kvaliteta života korisnika povezana je sa spolom, duljinom boravka u domu za starije, aktivnostima koje provode u slobodno vrijeme, zdravstvenim stanjem, obiteljskim kontaktima i zanimanjem prije umirovljenja. Uspoređujući kvalitetu života starijih osoba prema spolu, autori su utvrdili kako su muškarci starije životne dobi imali višu kvalitetu života u odnosu na žene. U ovoj studiji nije utvrđena razlika u kvaliteti života u domovima za starije između korisnika koji borave u domovima za starije osobe u javnom ili privatnom vlasništvu. Pritom treba naglasiti da je u privatnim domovima za starije osobe u Vijetnamu smještaj za korisnike u njima besplatan (Dung i sur. 2020, 4).

U istraživanju Dung i sur. (2020, 4–6) viša kvaliteta života korisnika domova za starije osobe u Vijetnamu zapažena je kod muškaraca u odnosu na žene. Spolna razlika kvalitete života korisnika domova za starije zabilježena je i u Brazilu (Simeão i sur., 2018, 3931), za razliku od istraživanja u Turskoj u kojemu nisu uočene razlike u kvaliteti života prema spolu (Top i Dikmetaş, 2015, 296–298). Kvaliteta života korisnika domova za starije osobe povećava se roditeljstvom (korisnici koji imaju djecu) i mogućnošću redovitih kontakata s članovima svoje obitelji (Dung i sur. 2020, 4–6).

Na kvalitetu života korisnika domova za starije u istraživanju Dung i suradnika (2020, 4–6) ne utječe bračni status, odnosno imaju li bračnog partnera. U navedenom istraživanju autori su registrirali da od tri vrste potpore u društvu jedino je konkretna potpora povezana s većom kvalitetom života korisnika domova za starije osobe, za razliku od zdravstvene i emocionalne podrške. Konkretna podrška se odnosi na novčanu podršku, hranu i bolju kvalitetu obroka. Stoga autori objašnjavaju kako je zbog činjenice da je većina domova za starije osobe istraženih u ovoj studiji besplatna za korisnike, kvaliteta obroka nije na odgovarajućoj razini, hrane nema dovoljno, a obroci su jednolični pa je značajan utjecaj konkretne podrške na kvalitetu života ispitanika (Dung i sur. 2020, 4–6).

Rezultati istraživanja kvalitete života i stavova o starenju u dva doma za starije osobe u Turskoj pokazali su značajnu povezanost između kvalitete života i stavova starijih osoba o starenju. Spol ne utječe na ukupnu kvalitetu života korisnika domova za starije i nije povezan s kvalitetom života. Isto tako nije bilo statistički značajne razlike u stavovima prema starenju i tjelesnim poremećajima u odnosu na spol među korisnicima domova za starije (Top i Dikmetaş 2015, 296–298). Kvaliteta života starijih osoba u ovom istraživanju ocijenjena je kao srednje visoka, a više od 88% sudionika sebe smatra zdravim. U istraživanju je sudjelovalo više muškaraca nego žena (63,34% vs. 36,66%), a prosječna dob ispitanika bila je 74,02 godine, u rasponu između 65 i 90 godina (Top i Dikmetaş 2015, 294).

Autori napominju kako ova studija ima određena ograničenja jer je istraživanje provedeno u dva doma za starije osobe u istom gradu u Turskoj te se dobiveni rezultati ne mogu odnositi na starije osobe u Turskoj jer ne predstavljaju ukupno starije tursko stanovništvo. U istraživanju se nisu procjenjivala kognitivna oštećenja, težine bolesti i komorbiditeta kao ni uporaba lijekova, što je također moglo utjecati na rezultate (Top i Dikmetaş 2015, 298).

U studiji koja je ispitivala kvalitetu života starijih osoba korisnika domova za starije i onih koji žive u vlastitom domu u Turskoj uočeno je kako je kvaliteta života viša kod starijih osoba koje žive u svojim domovima u odnosu na one koji žive u domovima za starije osobe. Na kvalitetu života korisnika domova za starije negativno utječe starija dob, ženski spol i prisutnost kroničnih bolesti (Taş i Toprak 2018, 552).

U studiji Taş i Toprak (2018, 558) utvrđena je negativna povezanost kvalitete života i dobi kod starijih od 85 i više godina, gdje je došlo do pada u fizičkoj domeni. U njihovom istraživanju utvrđena je statistički značajna razlika u kvaliteti života prema spolu (Taş i Toprak 2018, 558). Tako je ukupna kvaliteta života bila viša u muškaraca nego kod žena, što je u skladu s drugim studijama koje su istraživale kvalitetu života starijih osoba (Barca i sur. 2011, 440; Vitorino i sur, 2012, 1190; Vitorino i sur. 2013, 8–10; Simeão i sur. 2018, 3931; Dung i sur. 2020, 4).

U studiji Simeão i suradnika (2018, 3928) u kojoj su uspoređivali kvalitetu života starijih osoba u domovima za starije i onih koje borave u Dnevnom centru u gradu Bauru u Brazilu, rezultati su pokazali kako bolju kvalitetu života imaju korisnici Dnevnog centra. Među korisnicima domova za starije lošiju kvalitetu života imale su žene. Razliku u kvaliteti života prema spolu, odnosno višu kvalitetu života kod muškaraca u odnosu na žene, objasnili su različitim pogledima i stavovima prema starenju (Simeão i sur. 2018, 3929). Iz toga se može pretpostaviti da muškarci lakše prihvaćaju starenje i probleme povezane sa starenjem, za razliku od žena koje su više zabrinute zbog negativnih aspekata starenja (Simeão i sur. 2018, 3929).

U istraživanju Del Duce i suradnika (2012, 3) i u skupini osoba u domovima za starije osobe i u zajednici prevladavale su žene, posebice među institucionaliziranim starijim osobama. Ovi rezultati nisu bili iznenađujući s obzirom na to da je očekivani životni vijek žena dulji nego u muškaraca, odnosno očekivani životni vijek pri rođenju nije isti za oba spola (United Nations 2020, 1).

S povećanjem broja starijih osoba povećava se i potreba za smještajem u domove za starije koji bi svojim korisnicima trebali pružiti i osigurati dobru kvalitetu života. S obzirom na to, de Medeiros i suradnici (2020, 13) sustavnim pregledom i metaanalizom procijenili su utjecaj institucionalizacije na kvalitetu života starijih osoba. Iako bi dom za starije osobe trebao biti dobro mjesto za život i omogućiti dobru kvalitetu života svojim korisnicima, rezultati sustavnog pregleda pokazali su da institucionalizacija negativno utječe na kvalitetu života. Kvaliteta života starijih osoba u dva ispitivana doma za starije osobe u Brazilu u ovoj studiji bila je viša u odnosu na kvalitetu života starijih osoba u institucijskoj skrbi i slična kvaliteti života u izvaninstitucijskoj skrbi u drugim istraživanjima (Vitorino i sur. 2012, 1193).

Ispitanici u studiji Vitorina i suradnika (2012, 1190) bili su zadovoljni svojom kvalitetom života. Domene kvalitete života povezane su s dobi, spolom, stupnjem obrazovanja i bavljenjem tjelesnom aktivnošću. Istraživanje je pokazalo kako bolju kvalitetu života imaju mlađe starije osobe s višim stupnjem obrazovanja koje se redovito bave tjelesnom aktivnošću i aktivnostima u slobodno vrijeme. Uočena je razlika u kvaliteti života korisnika prema spolu u ispitivanim domovima za starije pa je tako zabilježena lošija kvaliteta života u starijih žena u odnosu na kvalitetu života starijih muškaraca (Vitorino i sur. 2012, 1190).

Tijekom starenja može doći do problema na psihičkoj i tjelesnoj razini te se javlja slabljenja tjelesne snage i smanjenja mentalne stabilnosti. Tjelesne promjene koje se događaju tijekom starenja mogu uzrokovati slabljenje normalnoga tjelesnog funkcioniranja. Starije osobe mogu se suočiti sa zanemarivanjem od strane obitelji, bilo da je riječ o djeci ili rodbini (Mao i sur. 2019, 73).

Starost se nerijetko doživljava kao društveni problem. Tijekom starenja dolazi do promjena u socioekonomskom statusu koji negativno djeluje na život starije osobe. Zbog umirovljenja i nemogućnosti zarađivanja dolazi do smanjenja financijskih prihoda, što je onda povezano s niskim samopoštovanjem i gubitkom društvenog priznanja (Mao i sur. 2019, 73).

Prema rezultatima Mao i suradnika (2019, 76) kvaliteta života starijih osoba korisnika domova za starije u Indiji bila je viša u odnosu na kvalitetu života starijih osoba koji žive s obiteljima. Autori bolju kvalitetu života korisnika domova za starije objašnjavaju prisutnošću stručnog osoblja u domovima za starije za razliku od starijih osoba koji žive s obiteljima.

Nižu kvalitetu života u žena podaci u literaturi objašnjavaju različitim shvaćanjem starenja među spolovima te da se žene lošije nose sa starošću zbog straha od starenja uzrokovanih problemima i životnim ograničenjem s kojima se susreću (Simeão i sur. 2018, 3929; Taş i Toprak, 2018, 558).

Olsen i suradnici (2016, 6), usporedivši kvalitetu života starijih osoba sa svim trima kategorijama težine demencije (blaga, umjerena i teška) koje žive u svom domu i onih koji žive u institucijskom smještaju domova za starije u Norveškoj, utvrdili su kako ispitanici koji žive u svom domu imaju značajno višu kvalitetu života u odnosu na ispitanike u domovima za starije. Osobe u izvaninstitucijskoj skrbi s umjerenom demencijom koristile

su manje pomagala za hodanje, imale su više socijalnih kontakata, veću razinu aktivnosti, više izloženosti dnevnom svjetlu kao i manje upotrebe psihotropnih lijekova (Olsen i sur. 2016, 6).

Između starijih osoba s demencijom koje žive kod kuće i starijih osoba s demencijom koje su smještene u dom za starije nije bilo statistički značajne razlike prema dobi, spolu i stupnju obrazovanja. Uočene su značajne razlike u težini demencije između institucionaliziranih i izvaninstitucionalnih ispitanika. Tako je 9% osoba korisnika domova za starije imalo blagu demenciju, umjerenu demenciju imalo je 43,6%, a 47,4% imalo je tešku demenciju, za razliku od osoba koje žive u svom domu gdje je 43,5% imalo blagu demenciju, 47% umjerenu, a 4,3% tešku demenciju (Olsen i sur. 2016, 4). Starije osobe s demencijom koje su smještene u dom za starije osobe imale su značajno nižu kvalitetu života u odnosu na starije osobe s demencijom koje žive kod kuće (Olsen i sur. 2016, 6).

Ova studija je pokazala kako je za osobe s umjerenom demencijom što dulji boravak u vlastitom domu povezan s boljom kvalitetom života, a ujedno je i poželjan iz zdravstvenih, socijalnih i ekonomskih razloga (Olsen i sur. 2016, 9). Olson i suradnici (2016, 6) utvrdili su višu kvalitetu života osoba s demencijom koje žive u svom domu u odnosu na one smještene u dom za starije osobe, za razliku od Beerens i suradnika (2013, 37) koji nisu otkrili značajnu razliku u kvaliteti života između osoba s demencijom koje žive u vlastitom domu i onih koje žive u domovima za starije osobe.

Studije koje su ispitivale kvalitetu života korisnika domova za starije osobe pokazale su da na kvalitetu života korisnika domova za starije utječe više čimbenika.

U studiji o kvaliteti života starijih osoba u osam domova za starije u Kuala Lumpuru (Malezija) koju su proveli Onunkwor i suradnici (2016, 5–9) kvaliteta života povezana je s dobi, spolom, socioekonomskim statusom, stupnjem obrazovanja, slobodnim aktivnostima na otvorenom, socijalnom podrškom, duljinom boravka u domu za starije osobe, vrstom smještaja i komorbiditetima. Žene su imale znatno nižu kvalitetu života u odnosu na muškarce u svim domenama. Autori smatraju kako starije žene smještene u dom za starije starenje doživljavaju negativnije od starijih muškaraca u domu za starije osobe.

Aktivnosti u slobodno vrijeme na otvorenom također su bile značajno povezane s višim rezultatima kvalitete života u svim domenama. Korisnici koji su proveli u domu za starije

osobe dulje od dvije godine imali su višu kvalitetu života u odnosu na one koje su u domu boravili kraće vrijeme. Autori to objašnjavaju negativnim osjećajima u prvim mjesecima boravka u domu za starije nakon napuštanja vlastitog doma, a tijekom vremena dolazi do procesa prilagodbe na novo okruženje i stvaranja pozitivnog stava prema životu u domu za starije (Onunkwor i sur. 2016, 5–9). Korisnici koji su imali pridružene kronične bolesti (komorbiditete) imali su statistički značajno niže rezultate u svim domenama kvalitete života. Isto tako korisnici koji su bili smješteni u dvokrevetnim sobama imali su višu kvalitetu života u odnosu na korisnike koji su bili smješteni na odjelu s više kreveta. Viša razina socijalne podrške značila je značajno više rezultate kvalitete života u svim domenama. Dob je bila povezana samo s fizičkom domenom (Onunkwor i sur. 2016, 5–9).

Za razliku od studije Onunkwor i suradnika (2016, 5–9), Tseng i Wang (2001, 309) u studiji provedenoj u južnom Tajvanu izvijestili su o značajnoj negativnoj korelaciji između duljine boravka u domu za korisnike i kvalitete života. Tseng i Wang (2001, 309) kao razlog navode kako su korisnici koji borave dulje vrijeme u domu za starije osobe lošijeg zdravlja i mogu se osjećati napuštenima i izoliranima od okoline. To dovodi do niže kvalitete života korisnika koji dulje vrijeme provode u domu za starije osobe.

Kvaliteta života starijih osoba korisnika domova za starije osobe još uvijek se nedovoljno istražuje unatoč tomu što predstavlja velik globalni javnozdravstveni izazov (Pramesona i Taneepanichskul 2018, 326). Niža kvaliteta života uzrokovana negativnim ishodima starenja utječe na razinu neovisnosti (samostalnosti), što u konačnici dovodi do odluke za smještaj u dom za starije osobe (Pramesona i Taneepanichskul 2018, 327).

U istraživanju provedenom u tri doma za starije osobe u Indoneziji više od 60% korisnika imalo je zadovoljavajuću razinu kvalitete života. Više od 80% ispitanika smješteno je u dom za starije osobe iz nužne potrebe uslijed siromaštva, beskućništva i drugih razloga. Gotovo dvije trećine ispitanika u ovom istraživanju bile su žene. Više od 70% korisnika domova za starije mlađih od 80 godina borave u njima manje od četiri godine. Niska kvaliteta života ispitanika zabilježena je među korisnicima koji su u dom smješteni iz nužne potrebe, onima koji imaju slabu ili nikakvu socijalnu podršku, onima s tri i više kroničnih bolesti i s loše percipiranom skrbi (Pramesona i Taneepanichskul 2018, 328–331). U navedenom istraživanju niska kvaliteta života bila je povezana s prisutnošću tri i više kroničnih bolesti. Stoga autori navode kako starije osobe s kroničnim bolestima

obično imaju nižu kvalitetu života (Pramesona i Taneepanichskul 328–331). To je u skladu s drugim istraživanjima koja sugeriraju da prisutnost kroničnih bolesti smanjuje kvalitetu života među starijim osobama (Onunkwor i sur. 2016, 5–9).

Niža kvaliteta života zabilježena je među ispitanicima s malom ili nikakvom socijalnom podrškom (Pramesona i Taneepanichskul 2018, 328–331).

U istraživanju Pramesona i i Taneepanichskula (2018, 328–331) utvrđena je niža kvaliteta života među korisnicima koji su iz nužne potrebe smješteni u dom za starije osobe zbog različitih okolnosti poput samačkog života, nemogućnosti da se netko brine za njih, siromaštva i beskućništva. Preseljenje u dom za starije osobe stresna je situacija za starije osobe koju autori objašnjavaju kao posljedicu promjene okoline i procesa prilagodbe na novo okruženje, kao i odvajanje od obitelji i prijatelja (Pramesona i Taneepanichskul 2018, 328–331).

Varijacije u rezultatima samoprocjene kvalitete života institucionaliziranih starijih osoba mogu biti posljedica različitosti u ispitivanim čimbenicima koji utječu na domene kvalitete života u različitim okruženjima, a mogu se pojaviti i zbog različitih instrumenata i testova koji se koriste za ispitivanje procjene kvalitete života (Pramesona i Taneepanichskul 2018, 328–331). Osobe starije životne dobi diljem svijeta žive u različitim okolnostima. Tako ima onih koji stare u zajednici kao i onih koji stare u domovima za starije osobe. Stoga je važno analizirati procese starenja u različitim okolnostima življenja starijih osoba i primijeniti intervencije usmjerene na ovu populaciju (Vitorino i sur. 2013, 5).

U istraživanju koje su proveli Wang i suradnici (2016, 6–8) u pet domova za starije u Singapuru utvrđeno je kako više od trećine ispitanika (31,2%) ne može jesti svoju omiljenu hranu, više od trećine (36,8%) ispitanika ne može se probuditi u vrijeme koje njima odgovara, a 41,8% ispitanika ne mogu samostalno odlučiti koju odjeću žele nositi. Isto tako, oko 15% ispitanika izjavilo je da zaposlenici doma za starije osobe ne poštuju njihovu intimu tijekom provođenja njege, kao primjerice zatvaranje vrata kad ih se kupa ili presvlači (Wang i sur. 2016, 6–8).

Vitorino i sur. (2013, 8–10) u svojoj su studiji uspoređivali samoprocjenu kvalitete života među starijim osobama koje žive u zajednici i u domu za starije osobe u Brazilu. Rezultati istraživanja pokazali su statistički značajne razlike između institucionaliziranih i

neinstitucionaliziranih starijih osoba prema dobi, stupnju obrazovanja, samoprocijenjenom zdravlju i aktivnostima u slobodno vrijeme. U istraživanju je uočen veći broj starijih osoba u dobi od 80 i više godina u institucijskoj skrbi. U navedenom istraživanju je zabilježeno u zajednici više starijih žena u odnosu na muškarce, za razliku od domova za starije osobe gdje je bilo podjednako žena i muškaraca (Vitorino i sur. 2013, 8–10). To se razlikuje od drugih studija u Brazilu koje su evidentirale više žena među korisnicima domova za starije (Del Duca i sur. 2012, 3). Podjednak udio muškaraca i žena u domu za starije u Brazilu rezultat je lokalne politike koja regulira ravnomjernost prema spolu prilikom prijave smještaja u institucijsku skrb. Utvrđeno je također kako su starije osobe u zajednici s većim stupnjem obrazovanja u odnosu na korisnike domova za starije osobe (Vitorino i sur. 2013, 8–10).

Starije osobe koje žive u zajednici imaju više slobodnih aktivnosti naspram starijih osoba korisnika domova za starije osobe. Autori to objašnjavaju većom dostupnošću aktivnosti u slobodno vrijeme u zajednici kao i izbjegavanjem aktivnosti omogućenih u institucijskoj skrbi. Starije osobe u izvaninstitucijskoj skrbi imale su bolje samoprocijenjeno zdravstveno stanje u odnosu na starije osobe u institucijskom smještaju (Vitorino i sur. 2013, 8–10).

Institucijska i izvaninstitucijska skrb u ovoj studiji nije utjecala na kvalitetu života. Kvaliteta života bila je niža u starijih osoba u institucijskoj skrbi u odnosu na one u zajednici, što se može objasniti starijom dobi i lošijim socioekonomskim i zdravstvenim varijablama korisnika domova za starije osobe (Vitorino i sur. 2013, 10).

U studiji koja je ispitivala kvalitetu života osoba s demencijom koje borave u domovima za starije u Oslu (Norveška) utvrđeno je kako ni dob ni spol nisu povezani s promjenom kvalitete života. To je u skladu s drugim istraživanjima (Mjørud i sur. 2014, 9). Gotovo polovica ispitanika s demencijom u studiji Mjørud i suradnika (2014, 14) imala je nakon deset mjeseci (koliko je trajala studija) nepromijenjenu ili poboljšanu kvalitetu života. Autori to objašnjavaju prilagodbom na život s kroničnim bolestima i novonastalu situaciju kao što je primjerice smještaj u dom za starije.

Nekoliko ranijih presječnih istraživanja koja su ispitivala odnos kvalitete života i neuropsihijatrijskih simptoma korisnika domova za starije osobe pokazala su kako su neuropsihijatrijski simptomi, posebice anksioznost i depresija, povezani sa smanjenjem kvalitete života (Beerens i sur. 2013, 37).

Beerens i suradnici (2013, 37) u studiji sustavnog pregleda literature koja je ispitivala kvalitetu života osoba s demencijom u domovima za starije osobe utvrdili su negativnu povezanost depresivnih simptoma i agitacije sa samoprocjenom kvalitete života osoba s demencijom. Više depresivnih simptoma povezano je s nižom kvalitetom života. Isto tako, poremećaji u ponašanju, posebice agitacija, negativno su povezani s kvalitetom života, što potvrđuje da je prisutnost agitacije povezna s nižom kvalitetom života. Autori Beerens i suradnici (2013, 37) u svojoj studiji nisu utvrdili povezanost kvalitete života, sociodemografskih obilježja i težine demencije. Beerens i suradnici (2013, 37) također nisu otkrili u svojoj studiji značajne razlike u kvaliteti života između osoba s demencijom koje žive u vlastitom domu i onih koji žive u domovima za starije osobe.

Kvaliteta skrbi u domovima za starije jedan je od značajnih pokazatelja kvalitete života njihovih korisnika (Lou i sur. 2022, 2).

Prema ranijim istraživanjima čimbenici koji utječu na kvalitetu života korisnika domova za starije su dob (Onunkwor i sur. 2016, 5–9; Taş i Toprak, 2018, 558), spol (Vitorino i sur. 2012, 1193; Onunkwor i sur. 2016, 5–9; Simeão i sur., 2018, 3931; Taş i Toprak, 2018, 552; Dung i sur. 2020, 4–6), bračni status (Dung i sur. 2020, 4–6), stupanj obrazovanja (Onunkwor i sur. 2016, 5–9), socioekonomski status (Tseng i Wang 2001, 304–311), vrsta vlasništva doma za starije (Comondore i sur. 2009, 13), duljina boravka u domu za starije (Tseng i Wang 2001, 304–311; Onunkwor i sur. 2016, 5–9; Dung i sur. 2020, 4–6), učestalost posjeta članova obitelji (Dung i sur. 2020, 4–6) i pojavnost multimorbiditeta (Chang i sur. 2010, 6–8; Dung i sur. 2020, 4–6). Autori Lou i suradnici (2022, 2) u svojoj studiji navode da se čimbenici kvalitete života u domovima za starije osobe razlikuju prema vrsti instrumenta koji je korišten u istraživanjima (Hall i sur. 2011, 507–512) kao i razlike u domenama kvalitete života koje se ispituju (Lou i sur. 2022, 2).

Rezultati istraživanja Lou i suradnika (2022, 10) pokazali su da bolju ukupnu kvalitetu života i u pet od sedam domena kvalitete života imaju korisnici privatnih domova za starije u odnosu na korisnike javnih domova za starije osobe. Nadalje, kod korisnika domova za starije osobe koji su u braku, imaju viši stupanj obrazovanja, imaju vlastiti prihod od mirovine i nemaju niti jednu bolest, utvrđeni su bolji ukupni rezultati kvalitete života. Zabilježeni su i niski rezultati u domenama kvalitete dnevnih aktivnosti i bliskih prijateljskih odnosa među korisnicima domova za starije osobe (Lou i sur. 2022, 10).

Tseng i Wang (2001, 309) također navode povezanost višeg stupnja obrazovanja s boljom ukupnom kvalitetom života korisnika domova za starije osobe.

U nekim istraživanjima vrsta vlasništva nad domom za starije bila je čimbenik koji utječe na kvalitetu života njihovih korisnika. Viši rezultati dobiveni su za neprofitne domove za starije (Comondore i sur. 2009, 13). Sustavnim pregledom literature o tipu vlasništva doma za starije i pružene kvalitete skrbi autori su utvrdili da su najčešće mjere kvalitete skrbi bile kvaliteta domskog osoblja (broj osoblja po korisniku ili razina edukacije osoblja), prevalencija dekubitusa, fizičko ograničavanje i manjak državne regulatorne procjene (Comondore i sur. 2009, 2). Ishodi kvalitete skrbi važni su kao i ishodi koje su prijavili sami korisnici domova za starije osobe te kvaliteta života korisnika (Lou i sur. 2022, 2).

Istodobna pojava tri kronične bolesti i dvaju gerijatrijskih sindroma česta je pojava u starijih osoba te utječe na primjenu komprehenzivnih zdravstvenih mjera. Kronične bolesti koje se javljaju istovremeno u osoba starije životne dobi također su uobičajene. Studija Lee i suradnika (2009, 513-514) pokazala je da je više od 25% starijih osoba koje su imale neku od tri kronične bolesti također imalo bar jedan od gerijatrijskih sindroma. Kronične bolesti značajno utječu na funkcionalni status starijih osoba i povećavaju rizik za lošiju kvalitetu života. Gerijatrijski sindromi, stanja koja se tradicionalno ne smatraju bolestima mogu kao i kronične bolesti biti uzrok funkcionalne onesposobljenosti i niže kvalitete života starijih osoba. Osobama s kroničnim bolestima u starijoj dobi potreban je interdisciplinarni pristup (Lee i sur. 2009, 512–515).

U istraživanju u Turskoj usporedbom između starijih osoba korisnika domova za starije osobe i starijih osoba koje žive u svom domu, rezultati su pokazali kako je razina funkcionalne pokretljivosti i stupnja funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije viša u odnosu na starije osobe koje žive u svom domu, ali su korisnici domova za starije osobe imali više depresivnih simptoma i nižu razinu kvalitete života. Kod osoba starije životne dobi važno je 5da multidisciplinarni tim izvrši procjenu njihove funkcionalne sposobnosti za nastavak svakodnevnih aktivnosti, primjerice kvalitete života, tjelesne i kognitivne funkcije, simptoma depresije, ravnoteže i drugo. Pružanje psihološke podrške i poticanje grupnih aktivnosti kao i društvenih interakcija za starije osobe koji borave u domu za starije može biti korisno u podržavanju kvalitete života i smanjenju depresivnih simptoma (Karakaya i sur. 2009, 664–665).

Unaprjeđenje i osiguranje kvalitete života starije populacije u fokusu je interesa primjene ciljnih gerontoloških mjera i postupaka, a također i ljudskih prava u starijoj dobi (Tomek-Roksandić i sur. 2005; Ham i sur. 2007, 69; Bilotta i sur. 2011, 2; Vranešić-Bender i sur. 2011, 232; Galić i Tomasović Mrčela 2013; Hartog i sur. 2016, 247–256; Pezelj Duliba i sur. 2016, 86–128; Tomasović Mrčela i sur. 2017, 59–71). Individualni gerontološki pristup prema starijoj osobi je neophodan za liječenje i rehabilitaciju gerijatrijskog bolesnika, za prevenciju bolesti u starijoj dobi te doprinosi pravodobnoj i primjerenom gerontološkoj i / ili gerijatrijskoj zdravstvenoj intervenciji.

Individualnim gerontološkim pristupom također se utvrđuje plan i program primjene dostupnih mjera geroprofilakse za individualnu stariju osobu koji je nužan za proces zdravog aktivnog starenja, kao i rizični čimbenici za pojavnost ovisnosti starije osobe o tuđoj pomoći i potrebi za zdravstvenom gerijatrijskom njegom. Slijedom navedenog, individualni gerontološki pristup prema korisnicima domova za starije je od posebne važnosti za osiguranje kvalitete njihovog života (Tomasović Mrčela i sur. 2016, 59–65).

4 ZAKLJUČAK

Istraživanja o utjecaju odabranih gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja poput funkcionalne samostalnosti, stupnja socijalnih usluga smještaja koje korisnici dugotrajne institucijske skrbi primaju te dobi i spola na kvalitetu života korisnika domova za starije osobe važna su zbog mogućnosti unaprjeđenja individualnoga gerontološkog pristupa.

Ovo istraživanje je bitno za razumijevanje rezultata samoprocjene kvalitete života korisnika decentraliziranih domova za starije i potom za izradu smjernica za unaprjeđenje sustava osiguranja kvalitete života starijih osoba u dugotrajnom institucijskom smještaju. Rezultati istraživanja pokazuju u kojim domenama samoprocijenjene kvalitete života korisnika domova za starije osobe možemo i trebamo gerontološki intervenirati.

- Samoprocijenjena kvaliteta života ispitanika (N = 248) prema ispitivanim domenama pokazala je najvišu razinu u domenama funkcionalne kompetencije, privatnosti, dostojanstva, autonomije te individualnosti, a najniža razina samoprocjene kvalitete života utvrđena je u domeni komfora. Rezultati ovog istraživanja upućuju na realne mogućnosti intervencije u svrhe poboljšanja najniže razine samoprocijenjene kvalitete života korisnika domova za starije osobe koja je utvrđena u domeni komfora, a posebno u izmjeni i dopuni Pravilnika o mjerilima za pružanje socijalnih usluga.

Rezultati testiranja prve hipoteze koja ispituje je li samoprocjena domena kvalitete života u domovima za starije veća kod korisnika koji primaju 3. stupanj socijalnih usluga smještaja u odnosu na druge ispitivane stupnjeve usluga smještaja daju važne smjernice za moguće gerontološke intervencije. Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života korisnika s obzirom na stupanj socijalnih usluga smještaja utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika:

- u domenama komfora gdje je najveća razina utvrđena među ispitanicima iz kategorije 1. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- funkcionalne kompetencije gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1 i 2 socijalne usluge smještaja,
- privatnosti gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja,

- dostojanstva gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- smislene aktivnosti gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- međuljudskih odnosa gdje je najveća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorije 1. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- autonomije gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja,
- individualnosti gdje je veća vrijednost utvrđena među korisnicima kategorija 1. i 2. stupnja socijalnih usluga smještaja.

Takve informacije su ključne jer usmjeravaju prioritete intervencije iz područja zdravstvene i socijalne skrbi u cilju unaprjeđenja kvalitete života korisnika koji primaju 3. stupanj socijalnih usluga smještaja u domovima za starije osobe.

Druga hipoteza ovog istraživanja ističe važnost procjene kategorije funkcionalne samostalnosti korisnika domova za starije osobe u svrhe pružanja intervencija iz područja zdravstvene i/ili socijalne skrbi koje bi unaprijedile kvalitetu života starijih osoba u dugotrajnoj institucijskoj skrbi. Naime, ispitivanjem hipoteze je li samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća kod pojavnosti većeg stupnja funkcionalne onesposobljenosti utvrđena je statistički značajna razlika:

- u domenama komfora gdje je najniža razina utvrđena među korisnicima kategorije potpune ovisnosti,
- funkcionalne kompetencije gdje je padom ovisnosti (MBI) utvrđen porast funkcionalne sposobnosti,
- privatnosti gdje je najniža vrijednost utvrđena u potpuno ovisnih,
- smislene aktivnosti gdje je najniža vrijednost utvrđena među korisnicima kod kojih je prisutna potpuna ovisnost,
- međuljudskih odnosa gdje je najniža vrijednost postignuta kod korisnika kod kojih je prisutna potpuna ovisnost,
- autonomije gdje je najniža vrijednost postignuta u potpuno ovisnih,

- individualnosti gdje je najniža vrijednost utvrđena kod korisnika s jakom razinom ovisnosti.

Ovakvi rezultati upućuju na sljedeća istraživanja o povezanosti podjele korisnika po stupnjevima socijalnih usluga smještaja i kategorijama funkcionalne samostalnosti u dugotrajnoj institucijskoj skrbi.

Na osnovu treće hipoteze koja ispituje je li samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije veća u starijim dobnim skupinama, dobiveni su rezultati koji usmjeravaju izradbu budućih integriranih gerontoloških programa. Testiranjem predmetne hipoteze utvrđena je statistički značajna razlika u domenama funkcionalne kompetencije, smislene aktivnosti i duhovnog blagostanja.

- Niža razina domene funkcionalne kompetencije utvrđena je kod ispitanika u dobnoj skupini 85 i više godina u odnosu na dobne skupine 65 – 74 i 75 – 84 godina.
- Najviša razina domene smislenih aktivnosti zabilježena je kod ispitanika dobne skupine 65 – 74 godine, dok je najniža utvrđena za ispitanike dobne skupine 85 i više godina.
- Kod ispitanika dobne skupine 75 – 84 i 85 i više godina utvrđena je viša razina domene duhovnog blagostanja u odnosu na ispitanike dobne skupine 65 – 74 godine.

Rezultati testiranja četvrte hipoteze koja ispituje je li samoprocjena domena kvalitete života korisnika domova za starije osobe veća kod muškog spola, daju važne odgovore za individualni gerontološki pristup uključujući raspodjelu prema spolu. Usporedbom domena samoprocijenjene kvalitete života u odnosu na spol utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u domenama:

- komfora gdje je veća razina utvrđena među muškarcima u odnosu na žene,
- smislene aktivnosti gdje je veća razina utvrđena među muškarcima u odnosu na žene,
- duhovnog blagostanja (gdje je veća razina utvrđena među ženama u odnosu na muškarce).

Ovo istraživanje sadrži relevantne podatke koji mogu unaprijediti individualni gerontološki pristup prema korisnicima domova za starije osobe, koji je od posebne važnosti u svakodnevnom radu multidisciplinarnog gerontološkog tima.

Slijedom navedenog, nužno je potrebno trajno stručno usavršavanje za osoblje u domovima za starije osobe iz područja gerontologije.

Predmetno istraživanje o povezanosti funkcionalne samostalnosti, stupnja usluge smještaja koje primaju korisnici, ili njihove dobi i spola sa samoprocjenom kvalitete života korisnika je važno jer omogućava nove poglede na kategorizaciju domova za starije te norme i normative u skrbi za starije osobe.

Zaključno, može se predložiti u cilju unaprjeđenja individualnog gerontološkog pristupa nužno implementiranje praćenja i evaluacije samoprocijenjene kvalitete života korisnika u sustav osiguranja kvalitete domova za starije osobe, koji je uobičajeno određen minimalnim setom indikatora kvalitete zdravstvenih i socijalnih usluga.

5 POPIS LITERATURE I IZVORA

1. Abizanda, Pedro, Lorena Romero, Pedro Manuel Sánchez-Jurado, Marta Martínez-Reig, Sergio Alfonso-Silguero and Leocadio Rodríguez-Mañas. 2014. Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? *The Journal of Nutrition Health and Aging*. 18(6): 622-627.
2. Addington-Hall Julia and Lalit Kalra. 2001. Who should measure quality of life?. *BMJ (Clinical research ed.)*. 322(7299):1417-1420. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120479/> (04. ožujka 2021).
3. Agüero-Torres, Hedda, Eva von Strauss, Matti Viitanen, Bengt Winblad and Laura Fratiglioni. 2001. Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of clinical epidemiology*. 54(8): 795-801.
4. Ajduković, Marina, Silvija Ručević i Marija Majdenić. 2013. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*. 20(2): 149-165.
5. Alders, Peter and Frederik T. Schut. 2019. Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications. *Health Economics, Policy and Law*. 14(1): 82-100.
6. Allen, Priscilla D., H. Wayne Nelson, Cynthia Gruman and Katie E. Cherry. 2006. Nursing home complaints: who's complaining and what's gender got to do with it?. *Journal of gerontological social work*. 47(1-2): 89-106.
7. American Dietetic Association. 2005. Position paper of the American Dietetic Association: Nutrition across the spectrum of aging. *Journal of the American Dietetic Association*. 105(4): 616-633.
8. An del, Ross, Kathryn Hyer, and April Slack. 2007. Risk factors for nursing home placement in older adults with and without dementia. *Journal of Aging and Health*. 19(2): 213-228.
9. Andresen, Elena M., Gwendell W. Gravitt, Marie E. Aydelotte and Carol A. Podgorski. 1999. Limitation of the SF-36 in a sample of nursing home residents. *Age and Ageing*. 28(6): 562-566.
10. Ansah, John P., Rahul Malhotra, Nicola Lew, Chi-Tsun Chiu, Angelique Chan, Steffen Bayer and David B. Matchar. 2015. Projection of young-old and old-old wat

- functional disability: does accounting for the changing educational composition of the elderly population make a difference?. *PloS one*. 10(5): e0126471. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4431717/> (04. listopada 2020).
11. Arai, Hidenori, Yasuyoshi Ouchi, Masayuki Yokode, Hideki Ito, Hiroshi Uematsu, Fumio Eto, Shinichi Oshima, Kikuko Ota, Yasushi Saito, Hidetada Sasaki, Kazuo Tsubota, Hidenao Fukuyama, Yoshihito Honda, Akihisa Iguchi, Kenji Toba, Takayuki Hosoi and Toru Kita, for the Members of the Subcommittee for Aging. 2012. Toward the realization of a better aged society: messages from gerontology and geriatrics. *Geriatrics & gerontology international*. 12(1): 16-22. Dostupno na: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1447-0594.2011.00776.x> (22. prosinca 2018).
 12. Arnold, Sharon B. 1991. Measurement of quality of life in the frail elderly. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, 50-73.
 13. Australian Government, Aged Care Quality and Safety Commission (ACQSC). Why do meals matter? Dostupno na: <https://www.agedcarequality.gov.au/providers/quality-care-resources/why-do-meals-matter> (4. veljače 2023).
 14. Bađun, Marijana. 2017. Financiranje domova za starije i nemoćne u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*. 24(1): 19-43.
 15. Bađun, Marijana. 2018. Financiranje decentraliziranih domova za starije i nemoćne osobe. *Aktualni osvrti*. 11(103): 1-2.
 16. Baernholdt, Marianne, Ivora Hinton, Guofen Yan, Karen Rose and Meghan Mattos. 2012. Factors associated with quality of life in older adults in the United States. *Quality of Life Research*. 21(3): 527-534. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3593634/> (22. kolovoza 2021).
 17. Bally, Klaus and Corinna Jung. 2015. Caring for older people: is home care always best? *The British Journal of General Practice*. 65(640): 565-566. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4617244/> (13. svibnja 2018).
 18. Baltes, Paul B. and Margret M. Baltes. 1993. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. (pp. 1–34).
 19. Baltes, Margret M. and Laura L. Carstensen. 1996. The process of successful ageing. *Ageing & Society*. 16(4): 397-422.

20. Barca, Maria L., Knut Engedal, Jerson Laks and Geir Selbæk. 2011. Quality of life among elderly patients with dementia in institutions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 31(6): 435-442.
21. Beard, John R. and David E. Bloom. 2015. Towards a Comprehensive Public Health Response to Population Ageing. *Lancet (London, England)*. 385(9968): 658-661. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4663973/> (31. svibnja 2018).
22. Beard, John R., Alana Officer, Islene Araujo de Carvalho, Rita Sadana, Anne Margriet Pot, Jean-Pierre Michel, Peter Lloyd-Sherlock, JoAnne E. Epping-Jordan, G M E E (Geeske) Peeters, Wahyu Retno Mahanani, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan and Somnath Chatterji. 2016. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*. 387(10033): 2145-2154. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4848186/> (31. svibnja 2018).
23. Bearon, Lucille B. 1996. Successful aging: What does the “good life” look like. *The Forum for Family and Consumer Issues*. 3(1-7). Raleigh, NC, USA: North Carolina State University.
24. Beerens Hanneke C., Sandra M.G., Zwakhalen, Hilde Verbeek, Dirk Ruwaard and Jan P.H. Hamers. 2013. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 50(9):1259-1270.
25. Berger-Schmitt, Regina and Heinz-Herbert Noll. 2000. *Conceptual Framework and Structure of a European System of Socialindicators*. Vol. 9. ZUMA.
26. Bilotta, Claudio, Ann Bowling, Paola Nicolini, Alessandra Casè, Gloria Pina, Silvia Veronica Rossi and Carlo Vergani. 2011. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health and Quality of Life Outcomes*. 9(1): 72.
27. Bloom, David E., Axel Boersch-Supan, Patrick McGee and Atsushi Seike. 2011. Population aging: facts, challenges, and responses. *Benefits and compensation International*. 41(1): 22.
28. Bloom, Martin and Waldo C. Klein. 2013. *Successful aging: Strategies for healthy living*. Springer Science & Business Media, 2013.
29. Bowling, Ann. 2001. *Measuring disease. A review of disease specific quality of life measurement scales*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press.

30. Bowling Ann. 2004. A taxonomy and overview of quality of life. In: Brown Jackie, Bowling Ann, Flynn Terry (eds) *Models of quality of life: a taxonomy and systematic review of the literature*. FORUM Project, University of Sheffield.
31. Bowling, A., D. Banister, S. Sutton, O. Evans and J. Windsor. 2002. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & mental health*. 6(4): 355-371.
32. Bowling, Ann and Steve Iliffe. 2011. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health and quality of life outcomes*. 9: 1-10.
33. Bowling, Ann, Gene Rowe, Sue Adams, Paula Sands, Kritika Samsi, Maureen Crane, Louise Joly and Jill Manthorpe. 2015. Quality of Life in Dementia: a Systematically Conductive narrative review of Dementia-Specific Measurement Scales. *Aging & Mental Health*. 19(1): 13-31.
34. Bradshaw, Siobhan Aine, E. Diane Playford and Afsane Riazi. 2012. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*. 41(4): 429-440.
35. Brajković, Lovorka. 2010. *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
36. Brooks-Wilson, Angela R. 2013. Genetics of healthy aging and longevity. *Human genetics*. 132(12): 1323-1338. Dostupno na: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00439-013-1342-z> (31. kolovoza 2021).
37. Browne, J. P., C. A. O'Boyle, H. M. McGee, C. R. B. Joyce, N. J. McDonald, K. O'Malley and B. Hiltbrunner. 1994. Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of life Research*. 3(4): 235-244.
38. Buhr, Gwendolen T., Maragatha Kuchibhatla, and Elizabeth C. Clipp. 2006. Caregivers' Reasons for Nursing Home Placement: Clues for Improving Discussions With Families Prior to the Transition, *The Gerontologist*. 46(1): 52-61. Dostupno na: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/46/1/52/566752#95434938> (04. kolovoz 2022).
39. Burack, Orah R., Audrey S. Weiner, Joann P. Reinhardt and Rachel A. Annunziato. 2012. What matters most to nursing home elders: quality of life in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*. 13(1): 48-53.
40. Carver, Lisa F. and Diane Buchanan. 2016. Successful aging: considering non-biomedical constructs. *Clinical Interventions in Aging*. 11: 1623.

41. Castle, Nicholas G. and Jamie C. Ferguson. 2010. What is nursing home quality and how is it measured?. *The Gerontologist*. 50(4): 426-442. Dostupno na: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/50/4/426/746285> (31. kolovoza 2020).
42. Cella, David F. 1994. Quality of life: concepts and definition. *Journal of pain and symptom management*. 9(3): 186-192.
43. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. 2018. HRQOL Concepts. What is health-related quality of life? Dostupno na: <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm> (01. veljače 2023).
44. Chang, Hsiao-Ting, Li-Fan Liu, Chun-Ku Chen, Shinn-Jang Hwang, Liang-Kung Chen and Feng-Hwa Lu. 2010. Correlates of institutionalized senior veterans' quality of life in Taiwan. *Health and Quality of Life Outcomes*. 8(1): 70. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2914771/> (04. travnja 2018).
45. Christensen, Kaare, Gabriele Doblhammer, Roland Rau and James W. Vaupel. 2009. Ageing populations: the challenges ahead. *The lancet*. 374(9696): 1196-1208. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810516/> (04. rujna 2018).
46. Cho, Hea Young, Malcolm MacLachlan, Michael Clarke and Hasheem Mannan. 2016. Accessible Home Environments for People with Functional Limitations: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 13(8): 826.
47. Cohen, Michelle E. and Ralph J. Marino. 2000. The tools of disability outcomes research functional status measures. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 81 (Suppl 2): S21-S29.
48. Comondore, Vikram R., P. J. Devereaux, Qi Zhou, Samuel B. Stone, Jason W. Busse, Nikila C. Ravindran, Karen E. Burns, Ted Haines, Bernadette Stringer, Deborah J. Cook, Stephen D. Walter, Terrence Sullivan, Otavio Berwanger, Mohit Bhandari, Sarfaraz Banglawala, John N. Lavis, Brad Petrisor, Holger Schünemann, Katie Walsh, Neera Bhatnagar and Gordon H Guyatt. 2009. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 339: b2732. Dostupno na: <https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2732.long> (31. kolovoza 2019).
49. Corder, Zachary, David M. Blass, Peter V. Rabins and Batty S. Black. 2010. Quality of Life in Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 58(12): 2394-2400.

50. Cornwell, Benjamin, Edward O. Laumann and L. Philip Schumm. 2008. The social connectedness of older adults: A national profile. *American sociological review*. 73(2): 185-203.
51. Corsi, Marcella, Manuela Samek Lodovici, Fabrizio Botti and Carlo D'Ippoliti. 2010. *Active ageing and gender equality policies: The employment and social inclusion of women and men of late working and early retirement age*. Final synthesis report. Dostupno na: <http://eige.europa.eu/resources/40723.en.pdf> (31. svibnja 2018).
52. Cummins, Robert A. 1997a. Assessing quality of life. *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice 2*: 116-150.
53. Cummins, Robert A. 1997b. *Comprehensive quality of life scale: intellectual/cognitive disability (ComQol-15): manual*. School of Psychology, Deaking University.
54. Degenholtz, Howard B., Jules Rosen, Nicholas Castle, Vikas Mittal and Darren Liu. 2008. The association between changes in health status and nursing home resident quality of life. *The Gerontologist*. 48(5): 584-592.
55. de la Rica-Escuín, Marisa, Julia González-Vaca, Rosana Varela-Pérez, María Dolores Arjonilla-García, Marta Silva-Iglesias, José Luis Oliver-Carbonell and Pedro, Abizanda. 2014. Frailty and mortality or incident disability in institutionalized older adults: the FINAL study. *Maturitas*. 78(4): 329-334.
56. de Medeiros, Mariana Marinho Davino, Carletti, Talita Malini Carletti, Marcela Baraúna Magno, Lucianne Cople Maia, Yuri Wanderley Cavalcanti and Renata Cunha Matheus Rodrigues-Garcia. 2020. Does the institutionalization influence elderly's quality of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*, 20(1): 1-25. Dostupno na: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-1452-0> (31. ožujka 2023).
57. Del Duca, Giovâni Firpo, Shana Ginar da Silva, Elaine Thumé, Iná S. Santos and Pedro C. Hallal. 2012. Predictive factors for institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista de Saúde Pública*. 46(1):147-153.
58. Depp, Colin A. and Dilip V. Jeste. 2006. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(1): 6-20.
59. Despot Lucanin, Jasminka, Damir Lucanin and Mladen Havelka. 2011. Cognitive Function and Depression in Elderly People. *Psychological Topics*. 20(1): 173.

60. Di Gessa, Giorgio. 2011. *Active ageing' and health: an exploration of longitudinal data for four European countries* (Doctoral dissertation, London School of Hygiene & Tropical Medicine).
61. *Dom za starije osobe Trešnjevka*. Zagreb/Jelovnik. Dostupno na: <https://www.dom-tresnjevka.hr/jelovnik/> (12. veljače 2023).
62. Doty, Pamela, Korbin Liu and Joshua Wiener. 1985. An overview of long-term care. *Health Care Financing Review*. 6(3): 69. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4191481/> (31. kolovoza 2020).
63. Dugger, B. Renée. 2010. Concept Analysis of Health-Related Quality of Life in Nursing Home Residents with Urinary Incontinence. *Urologic Nursing Journal*. 30(2): 112-118.
64. DuMond, C. 2010. *Quality of Life in the Nursing Home: An Outcome that Matters*. Doctoral dissertation. St. John Fisher University. Dostupno na: https://fisherpub.sjf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1063&context=education_etd. (26. travnja 2023).
65. Dung Vu, Nguyen Thi Mai Lan, Vu Thu Trang, Truong Xuan Cu, Le Minh Thien, Nguyen Sy Thu, Phung Dinh Man, Dau Minh Long, Phan Trong Ngo and Le Minh Nguyet. 2020. Quality of life of older adults in nursing homes in Vietnam. *Health Psychology Open*. 7(2): 2055102920954710. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7557689/> (31. ožujka 2021).
66. Duraković, Zijad i sur. 2007. *Gerijatrija medicina starije dobi*. Zagreb: C.T. - Poslovne informacije.
67. Duraković, Zijad and Marjeta Mišigoj-Duraković. 2006. Does chronological age reduce working ability?. *Collegium antropologicum*. 30(1): 213-219.
68. Eisele, Marion, Hanna Kaduszkiewicz, Hans-Helmut König, Carolin Lange, Birgitt Wiese, Jana Prokein, Siegfried Weyerer, Jochen Werle, Steffi G. Riedel-Heller, Melanie Lupp, Kathrin Hesel, Alexander Koppa, Edelgard Mösch, Dagmar Weeg, Angela Fuchs, Michael Pentzek, Wolfgang Maier, Martin Scherer and André Hajek for the AgeCoDe Study Group. 2015. Determinants of health-related quality of life in older primary care patients: results of the longitudinal observational AgeCoDe study. *The British Journal of General Practice*. 65(640): e716–e723.
69. Erichsen, Nora-Beata, and Arndt Büssing. 2013. Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.

2013. Dostupno na: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/913247/> (31. ožujka 2021).
70. Escourrou, Emile, Florence Durrieu, Bruno Chicoulaa, Julie Dupouy, Stéphane Oustric, Sandrine Andrieu and Virginie Gardette. 2020. Cognitive, functional, physical, and nutritional status of the oldest old encountered in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*. 21(1): 58. Dostupno na: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01128-7> (04. kolovoza 2021).
71. Eurostat. 2020. *Ageing Europe – Looking at the Lives of Older People in the EU, 2020 edition*. Publications Office of the European Union.
72. Farber, Nicholas, Douglas Shinkle, Jana Lynott, Wendy Fox-Grage and Rodney Harrell. 2011. *Aging in place: A state survey of livability policies and practices*.
73. Farquhar, Morag. 1995. Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*. 41(10): 1439-1446.
74. Felce, David and Jonathan Perry. 1995. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in developmental disabilities*. 16(1): 51-74.
75. Field, Andy. 2013. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.
76. Fontana, Luigi and Samuel Klein. 2007. Aging, adiposity, and calorie restriction. *Jama* 297(9): 986-994.
77. Fontana, Luigi, Linda Partridge, and Valter D. Longo. 2010. Dietary restriction, growth factors and aging: from yeast to humans. *Science (New York, NY)* 328(5976): 321-326. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607354/> (31. kolovoza 2020).
78. Freund, Alexandra M. and Michaela Riediger. 2003. Successful aging. In Richard. M. Lerner, M. Ann Easterbrooks, and Jayanthi Mistry (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 601-628). Wiley.
79. Freund, Alexandra M. 2008. Successful aging as management of resources: The role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development*. 5(2): 94-106.
80. Friedemann, Marie-Luise, Frederick L. Newman, Laura R. Seff and Burton D. Dunlop. 2004. Planning for long-term care: Concept, definition, and measurement. *The Gerontologist*. 44(4): 520-530.

81. Friedman, Susan M., Donald M. Steinwachs, Paul J. Rathouz, Lynda C. Burton and Dana B. Mukamel. 2005. Characteristics predicting nursing home admission in the program of all-inclusive care for elderly people. *The Gerontologist*. 45(2): 157-166.
82. Fuellen, Georg, Ludger Jansen, Alan A Cohen, Walter Luyten, Manfred Gogol, Andreas Simm, Nadine Saul, Francesca Cirulli, Alessandra Berry, Peter Antal, Rüdiger Köhling, Brecht Wouters and Steffen Möller. 2019. Health and Aging: Unifying Concepts, Scores, Biomarkers and Pathways. *Aging and disease*. 10(4): 883-900. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6675520/> (31. kolovoza 2020).
83. Galić, Slavka i Nada Tomasović Mrčela. 2013. *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola Osijek.
84. Gaugler, Joseph E., Sue Duval, Keith A. Anderson and Robert L. Kane. 2007. Predicting nursing home admission in the US: a meta-analysis. *BMC geriatrics*. 7(1): 13. Dostupno na: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-7-13> (13. prosinca 2018).
85. Gill, Thomas M. and Alvan R. Fleinstein. 1994. A critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life life measurements. *Journal of the American Medical Association*. 272(8): 619-626.
86. Guallar-Castillón, Pilar, Áurea Redondo Sendino, José R. Banegas, Esther López-García and Fernando Rodríguez-Artalejo. 2005. Differences in quality of life between women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*. 60(6): 1229-1240.
87. Hajek, André, Christian Brettschneider, Carolin Lange, Tina Posselt, Birgitt Wiese, Susanne Steinmann, Siegfried Weyerer, Jochen Werle, Michael Pentzek, Angela Fuchs, Janine Stein, Tobias Luck, Horst Bickel, Edelgard Mösch, Michael Wagner, Frank Jessen, Wolfgang Maier, Martin Scherer, Steffi G. Riedel-Heller, Hans-Helmut König and AgeCoDe Study Group. 2015. Longitudinal predictors of institutionalization in old age. *PLoS One*. 10(12): e0144203.
88. Hajek, André, Melanie Lupp, Christian Brettschneider, Carolin van der Leeden, Hendrik van den Bussche, Anke Oey, Birgitt Wiese, Siegfried Weyerer, Jochen Werle, Angela Fuchs, Michael Pentzek, Margrit Löbner, Janine Stein, Dagmar Weeg, Horst Bickel, Kathrin Heser, Michael Wagner, Martin Scherer, Wolfgang Maier, Steffi G. Riedel-Heller and Hans-Helmut König. 2021. Correlates of institutionalization among the

- oldest old—Evidence from the multicenter AgeCoDe-AgeQualiDe study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 36(7): 1095-1102.
89. Hall, Sue, Diana Opio, Rachael H. Dodd and Irene J. Higginson. 2011. Assessing quality-of-life in older people in care homes. *Age and Ageing*. 40(4): 507-512. Dostupno na: <https://academic.oup.com/ageing/article/40/4/507/46572> (13. travnja 2018).
90. Ham, Richard J., Philip D. Sloane, Gregg A. Warshaw, Marie A. Bernard and Ellen Flaherty. 2007. *Primary Care Geriatrics. A Case-Based Approach*. Fifth edition. Philadelphia, U.S.A.: Mosby, Elsevier.
91. Hambleton, Penny, Sally Keeling and Margaret McKenzie. 2009. The jungle of quality of life: Mapping measures and meanings for elders. *Australasian Journal on Ageing*. 28(1): 3-6.
92. Hanestad, Berit Rokne. 1990. Errors of measurement affecting the reliability and validity of data acquired from self-assessed quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 4(1): 29-34.
93. Harman, Denham. 2001. Aging: overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 928(1): 1-21.
94. Harris-Kojetin Lauren, Manisha Sengupta, Jessica Penn Lendon, Vincent Rome, Roberto Valverde and Christine Caffrey. 2019. Long-term care providers and services users in the United States, 2015–2016. National Center for Health Statistics. *Vital and health statistics*. 3(43). 2019.
95. Hartog, L.C., G.W.D. Landman, M. Cimzar-Sweelssen, A. Knipscheer, K.H. Groenier, N. Kleefstra, Henk J.G. Bilo and K.J.J. van Hateren,. 2016. Health-related quality of life, rehabilitation and mortality in a nursing home population. *The Netherlands Journal of Medicine*. 74(6): 247-256.
96. Havelka, Mladen, Jasminka Despot Lučanin i Damir Lučanin. 2000. Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija za socijalnu politiku*. 7(1): 19-27.
97. Havighurst Robert J. 1961. Successful Aging, *The Gerontologist*. 1(1):8-13.
98. Help age international. 2013. *Global age watch index 2013: Purpose, methodology and results*. Dostupno na: <http://www.helpage.org/silo/files/global-agewatch-index-2013-purpose-methodology-and-results.pdf> (31. svibnja 2018).
99. Holmes, Susan. 2005. Assessing the quality of life—reality or impossible dream?: A discussion paper. *International journal of nursing studies*. 42(4): 493-501.

100. Houser, Ari, Wendy Fox-Grage and Kathleen Ujvari. 2012. *Across the states: Profiles of long-term services and supports*. 9th ed. Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
101. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). 2020. *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019 godinu*. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticki-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statistickiljetopis-za-2019/> (31. kolovoza 2021).
102. Ilinca, Stefania, Kai Leichsenring and Ricardo Rodrigues. 2015. From care in homes to care at home: European experiences with (de) institutionalisation in long-term care. *Policy Brief*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
103. Jacobzone, Stéphane. 1999. Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 38, OECD Publishing.
104. Jacobzone, Stéphane, Emmanuelle Cambois, and Jean-Marie Robine. 2000. Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? (vol. *OECD Economic studies* No. 30, 2000/1).
105. James, Jacquelyn Boone, Elyssa Besen, Christina Matz-Costa and Marcie Pitt-Catsouphes. 2010. Engaged as we age: The end of retirement as we know it. *The Sloan Center on Aging and Work, Issue Brief*. 24: 1-20.
106. Jones Adrienne L., Lisa L. Dwyer, Anita R. Bercovitz, and Genevieve W. Strahan. 2009. The National Nursing Home Survey: 2004 overview. National Center for Health Statistics. *Vital and health statistics*. 13(167):1-155.
107. Kane, R. L. and R. A. Kane. 2000. Assessment in long-term care. *Annual Review of Public Health*. 21: 659-686.
108. Kane, Rosalie A. 2001. Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *The Gerontologist*. 41(3): 293-304.
109. Kane, Rosalie A. 2003. Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*. 43(suppl_2): 28-36.
110. Kane, Rosalie A., Kristen C. Kling, Boris Bershadsky, Robert L. Kane, Katherine Giles, Howard B. Degenholtz, Jiexen Liu and Lois J. Cutler. 2003. Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *The journals of gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences*. 58(3): 240-248. Dostupno na: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/58/3/M240/684127> (04. svibnja 2018).

111. Karakaya, Mehmet Gürhan, Sevil Çuvalci Bilgin, Gamze Ekici, Nezire Köse and Ayse Saadet Otman. 2009. Functional mobility, depressive symptoms, level of independence, and quality of life of the elderly living at home and in the nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*. 10(9): 662-666.
112. Karmakar, Naburan, Anjan Datta, Kaushik Nag and Kaushik Tripura. 2018. Quality of life among geriatric population: A cross-sectional study in a rural area of Sepahijala District, Tripura. *Indian Journal of Public Health*. 62(2): 95. Dostupno na: https://journals.lww.com/IJPH/Fulltext/2018/62020/Quality_of_Life_among_Geriatric_Population__A.5.aspx (22. travnja 2020).
113. Katz, Paul R. 2011. An international perspective on long term care: focus on nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. 12(7): 487-492.
114. Kelley-Gillespie, Nancy. 2009. An integrated conceptual model of quality of life for older adults based on a synthesis of the literature. *Applied Research in Quality of life*. 4(3): 259-282.
115. Kengnal, Prakash R., Asha Bullappa and Ashok Kumar M. S. 2019. A comparative study of quality of life among elderly people living in old age homes and in the community. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 6(8): 3588-3593.
116. Khaje-Bishak, Yaser, Laleh Payahoo, Bahram Pourghasem and Jafarabadi Mohammad Asghari. 2014. Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran. *Journal of Caring Sciences*. 3(4): 257-263. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334177/> (04. lipnja 2018).
117. Knurowski, Tomasz, Đurđica Lazić, Jitse P. van Dijk, Andrea Madarasova Geckova, Beata Tobiasz-Adamczyk and Wim J.A. van den Heuvel. 2004. Survey of Health Status and Quality of Life of the Elderly in Poland and Croatia. *Croatian medical Journal*. 45(6): 750-756. Dostupno na: <http://www.cmj.hr/2004/45/6/15578811.pdf> (31. svibnja 2018).
118. Kolarić, Branko, Nada Tomasović Mrčela, Zrinka Mach, Mirela Šentija Knežević, Mirjana Orban i Romana Galić. 2019. Istraživanje kvalitete življenja, kognitivne i funkcionalne sposobnosti korisnika u trima zagrebačkim domovima za starije. *Zbornik sveučilišta Libertas*. 4(4):11-21.
119. Kolarić, Branko, Darija Vranešić Bender i Eva Pavić. 2020. Prehrambeno-gerontološke norme: Jelovnici u domovima za starije osobe i gerontološkim centrima. Zagreb: *Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske*.

120. Kolovou, Genovefa D., Vana Kolovou and Sophie Mavrogeni. 2014. We are ageing. *BioMed research international*. 2014: 808307 Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4090574/> (22. travnja 2022).
121. Krishnappa, Lalitha, Suman Gadicherla, Priyadarshini Chidambaram and Nandagudi S. Murthy. 2021. Quality of life (QOL) among older persons in an urban and rural area of Bangalore, South India. *Journal of family medicine and primary care*. 10(1): 272–277. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8132806/> (08. prosinca 2021).
122. Kuska, Michalina. 2018. The Importance of Physical Activity in the Process of Successful Ageing-An Overview. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*. 21(1): 55-65.
123. Landi, Francesco, Riccardo Calvani, Matteo Tosato, Anna Maria Martone, Elena Ortolani, Giulia Saveria, Alex Sisto and Emanuele Marzetti. 2016. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*. 8(2): 69.
124. Lawton, M. Powell. 1983. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*. 23(4): 349-357.
125. Lawton, M. Powell. 1991. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: Birren, E. James, Lubben, E. James, Rowe Cichowlas, Janice, Deutchman, E. Donna (eds). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. pp. 3-27. San Diego: Academic Press.
126. Lawton, M. Powell. 1997. Measures of quality of life and subjective well-being. *Generations: Journal of the American Society on Aging*. 21(1): 45-47.
127. Lawton, M. Powell. 1999. Quality of life in chronic illness. *Gerontology*. 45(4): 181-183.
128. Lee, Diana T., Jean Woo and Ann E. Mackenzie. 2002. The cultural context of adjusting to nursing home life: Chinese elders' perspectives. *The Gerontologist*. 42(5): 667-675.
129. Lee, Pearl G., Christine Cigolle and Caroline Blaum. 2009. The Co-Occurrence of Chronic Diseases and Geriatric Syndromes: The Health and Retirement Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 57(3): 511-516.
130. Lee, Ronald and Yi Zhou. 2017. Does fertility or mortality drive contemporary population aging? The revisionist view revisited. *Population and Development Review*. 43(2): 285-301.

131. Lee, Sang Bum, Jae Hun Oh, Jeong Ho Park, Seung Pill Choi and Jung Hee Wee. 2018. Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. *Clinical and experimental emergency medicine*. 5(4): 249-255. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6301865/> (31. kolovoza 2020).
132. Levasseur, Mélanie, Johanne Desrosiers and Denise St-Cyr Tribble. 2008. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*. 6(1): 30. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2412860/> (31. ožujka 2018).
133. López Espuela, F., J.C. Portilla Cuenca, C. Leno Díaz, J.M. Párraga Sánchez, G. Gamez-Leyva and I. Casado Naranjo. 2020. Sex differences in long-term quality of life after stroke: Influence of mood and functional status. *Neurología (English Edition)*. 35(7); 470-478.
134. López-Otín, Carlos, Maria A. Blasco, Linda Partridge, Manuel Serrano and Guido Kroemer. 2013. The hallmarks of aging. *Cell*. 153(6); 1194-1217. <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S0092-8674%2813%2900645-4> (31. ožujka 2022).
135. Lou, Yan, Lijuan Xu, Marianne Carlsson, Xuefen Lan and Maria Engström. 2022. Quality of life of older people in nursing homes in China—evaluation and application of the Chinese version of the life satisfaction questionnaire. *BMC Geriatrics*. 22: 328. Dostupno na: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03040-4> (31. ožujka 2023).
136. Lovreković, Marija i Zdravka Leutar. 2010. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociološka istraživanja okoline*. 19(1): 55-79.
137. Luleci Emel, William Hey and Feryal Subasi. 2008. Assessing selected quality of life factors of nursing home residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 46: 57-66.
138. Luppá, Melanie, Tobias Luck, Siegfried Weyerer, Hans-Helmut König, Elmar Brähler, and Steffi G. Riedel-Heller. 2010. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and ageing*. 39(1): 31-38. Dostupno na: <https://academic.oup.com/ageing/article/39/1/31/41239#329644> (31. kolovoza 2020).
139. Mach, Zrinka, Nada Tomasović Mrčela and Branko Kolarić. 2020. Self-assessed quality of life (qol) of residents receiving level 2 and level 3 social services in county-

- owned nursing homes in the city of Zagreb. *Acta Med Croatica*. 74:115-124. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/355327> (31. svibnja 2021).
140. Maltoni, Roberta, Sara Ravaioli, Giuseppe Bronte, Massimiliano Mazza, Claudio Cerchione, Ilaria Massa, William Balzi, Michela Cortesi, Michele Zanoni and Sara Bravaccini. 2022. Chronological age or biological age: What drives the choice of adjuvant treatment in elderly breast cancer patients?. *Translational Oncology*. 15(1): 101300.
141. Mao, Lidziisa, Kasturi Mondal and Madhushree Manna. 2019. A comparative study on quality of life of older adults. *Indian Journal of Continuing Nursing Education*. 20(1): 73-77. Dostupno na: <https://www.ijcne.org/article.asp?issn=2230-7354;year=2019;volume=20;issue=1;spage=73;epage=77;aulast=Mao> (22. kolovoza 2022).
142. Marengoni, Alessandra, Clare Tazzeo, Amaia Calderón-Larrañaga, Albert Roso-Llorach, Graziano Onder, Alberto Zucchelli, Debora Rizzuto and Davide Liborio Vetrano. 2021. Multimorbidity patterns and 6-year risk of institutionalization in older persons: the role of social formal and informal care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 22(10): 2184-2189. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861021000608> (04. kolovoza 2022).
143. Mares, Jiri, Hynek Cigler and Eva Vachkova. 2016. Czech version of OPQOL-35 questionnaire: the evaluation of the psychometric properties. *Health and Quality of Life Outcomes*. 14(1): 93. Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0494-7> (04. siječnja 2018).
144. McGuinn, Kristine K. and Pearl M. Mosher-Ashley. 2001. Participation in Recreational Activities and Its Effect on Perception of Life Satisfaction in Residential Settings. *Activities Adaptation & Aging*. 25(1): 77-86.
145. Miller, Karl E., Robert G. Zylstra, and John B. Standridge. 2000. The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health. *American Family Physician*. 61(4): 1089-1104. Dostupno na: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2000/0215/p1089.html> (31. siječnja 2023).
146. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (MRMOSP). 2020a. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.- 2020. godine*.

147. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike (MRMOSP). 2020b. *Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2019. godini*.
148. Miranda, Lívia Carvalho Viana, Sônia Maria Soares and Patrícia Aparecida Barbosa Silva. 2016. Quality of life and associated factors in elderly people at a Reference Center. *Ciência & Saúde Coletiva*. 21(11): 3533-3544. Dostupno na: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5fzfd59SPHFV8RcHxXCgH3f/?lang=en> (22. travnja 2020).
149. Mjørud, Marit, Janne Røsvik, Anne Marie Mork Rokstad, Marit Kirkevold and Knut Engedal. 2014. Variables associated with change in quality of life among persons with dementia in nursing homes: a 10 months follow-up study. *PLoS One*. 9(12): e115248.
150. Morley, John E. 2001. Decreased Food Intake With Aging. *Journals of Gerontology: Series A*. 56: 81-88.
151. Murphy, Kathy, Adeline Cooney and Dympna Casey. 2014. Improving the quality of life for older people in long-term care settings. *Journal of comparative effectiveness research*. 3(3): 301-315.
152. Murphy, Michael. 2017. Demographic determinants of population aging in Europe since 1850. *Population and Development Review*. 43(2): 257-283.
153. Naaldenberg, Jenneken, Lenneke Vaandrager, Maria Koelen and Cees Leeuwis. 2012. Aging populations' everyday life perspectives on healthy aging: New insights for policy and strategies at the local level. *Journal of Applied Gerontology*. 31(6): 711-733.
154. Nakrem, Sigrid, Anne G. Vinsnes, Gene E. Harkless, Bård Paulsen and Arnfinn Seim. 2013. Ambiguities: residents' experience of 'nursing home as my home'. *International Journal of Older People Nursing*. 8(3): 216-225.
155. Netuveli Gopalakrishnan and David Blane. 2008. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*. 85(1): 113-126. Dostupno na: <https://academic.oup.com/bmb/article/85/1/113/291398> (04. kolovoza 2021).
156. Nosraty, Lily, Jutta Pulkki, Jani Raitanen, Linda Enroth, and Marja Jylhä. 2019. Successful aging as a predictor of long-term care among oldest old: The vitality 90+ study. *Journal of Applied Gerontology*. 38(4): 553-571.
157. Nygaard, Agnete, Liv Halvorsrud, Ellen Karine Grov and Astrid Bergland. 2020. What matters to you when the nursing home is your home: a qualitative study on the views of residents with dementia living in nursing homes. *BMC Geriatrics*. 20(1): 1-13. Dostupno na: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-020-01612-w#citeas> (13. ožujka 2023).

158. Olsen, Christine, Ingeborg Pedersen, Astrid Bergland, Marie-José Enders-Slegers, Nina Jøranson, Giovanna Calogiuri and Camilla Ihlebæk. 2016. Differences in quality of life in home-dwelling persons and nursing home residents with dementia—a cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 16(1): 1-11. Dostupno na: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0312-4> (31. svibnja 2021).
159. Onunkwor, Obinna Francis, Sami Abdo Radman Al-Dubai, Philip Parikial George, John Arokiasamy, Hemetram Yadav, Ankur Barua and Hassana Ojonuba Shuaibu 2016. A cross-sectional study on quality of life among the elderly in non-governmental organizations' elderly homes in Kuala Lumpur. *Health and Quality of Life Outcomes*. 14: 6. Dostupno na: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-016-0408-8> (31. ožujka 2021).
160. Orešković, Stjepan. 1994. Koncepti kvalitete života. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*. 3(3-4): 263-274.
161. Peel, Nancye, Helen Bartlett and Roderick McClure. 2004. Healthy ageing: how is it defined and measured?. *Australasian Journal on Ageing*. 23(3): 115-119.
162. Penders, Yolanda WH., Lieve Van den Block, Gé A. Donker, Luc Deliens and Bregje Onwuteaka-Philipsen on behalf of EURO IMPACT. 2015. Comparison of end-of-life care for older people living at home and in residential homes: a mortality follow-back study among GPs in the Netherlands. *The British Journal of General Practice*. 65(640): e724-730.
163. Pezelj Duliba, Dubravka, Spomenka Tomek-Roksandić, Nada Tomasović Mrčela, Maja Vajagić, Ivana Popek, Ana Puljak, Ana Stavljenić Rukavina, Branko Kolarić, Marica Lukić, Manuela Maltarić, Stela Mravak, Marija Penava Šimac i Ivana Šučur. 2016. *Prava i posebnosti starijih osoba s Alzheimerovom bolešću u zaštiti zdravlja*. Tomek-Roksandić, Spomenka, Ninoslav Mimica, Marija Kušan Jukić, ur. Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada str. 86-128.
164. Phelan, Elizabeth A., and Eric B. Larson. 2002. Successful aging—where next?. *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(7): 1306-1308. Dostupno na: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1532-5415.2002.50324.x> (31. siječnja 2021).
165. Pilgrim Anna L., Sian M. Robinson, Avan A. Sayer and Helen C. Roberts. 2015. An overview of appetite decline in older people. *Nurs Older People*. 27(5): 29-35.

- Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4589891/> (22. veljače 2023).
166. Pramesona, Bayu Anggileo, and Surasak Taneepanichskul. 2018. Factors influencing the quality of life among Indonesian elderly: A nursing home-based cross-sectional survey. *Journal of Health Research*. 32(5): 326-333. Dostupno na: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-08-2018-037/full/html> (31. svibnja 2021).
167. Pravilnik o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga. Ministarstvo socijalne politike i mladih. *Narodne novine*. 40/2014. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_03_40_712.html (31. siječnja 2018).
168. Pravilnik o mjerilima za pružanje socijalnih usluga. Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. *Narodne novine*. 110/2022. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_09_110_1624.html (04. ožujka 2023).
169. Pruchno, Rachel A., Maureen Wilson-Genderson, Miriam Rose and Francine Cartwright. 2010. Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*. 50(6): 821-833. Dostupno na: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/50/6/821/628658#10626567> (31. svibnja 2022).
170. Puljiz, Vlado. 2016. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*. 23 (1): 81-98.
171. Qadri, Syed, Ahluwalia, SK Ahluwalia, Abdul Ganai, Shalender Bali, Feroz Wani and Humaira Bashir. 2013. An epidemiological study on quality of life among rural elderly population of northern India. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2(3): 514-522. Dostupno na: <https://imsear.searo.who.int/handle/123456789/153007> (04. listopada 2020).
172. *Quality of Life Scales for Nursing Home Residents*. 2001. University of Minnesota School of Public Health. Dostupno na: http://www.hpm.umn.edu/ltrsourcecenter/research/QOL/QOL_of_Scales_and_how_to_use_them.pdf (30. lipnja 2017).
173. Rechel, Bernd, Emily Grundy, Jean-Marie Robine, Jonathan Cylus, Johan P. Mackenbach, Cecile Knai and Martin McKee. 2013. Ageing in the European union. *The Lancet*. 381(9874): 1312-1322.

174. Ribbe, Miel W, Gunnar Ljunggren, Knight Steel, Eva Topinkova, Catherine Hawes, Naoki Ikegami, Jean-Claude Henrard and Palmi V. Jonnson. 1997. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. *Age and ageing*. 26(suppl_2): 3-12.
175. Rijnaard, M. D., J. van Hoof, B. M. Janssen, H. Verbeek, W. Pocornie, A. Eijkelenboom, H. C. Beerens, S. L. Molony, and E. J. M. Wouters. 2016. The factors influencing the sense of home in nursing homes: a systematic review from the perspective of residents. *Journal of Aging Research*. Dostupno na: <https://www.hindawi.com/journals/jar/2016/6143645/> (31. kolovoza 2020).
176. Rondón García, Luis Miguel and Jose Manuel Ramírez Navarro. 2018. The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. *Journal of aging research*. 4086294.
177. Rowe, John W., and Robert L. Kahn. 1987. Human aging: usual and successful. *Science*. 237(4811): 143-149.
178. Rowe, John W., and Robert L. Kahn. 1997. Successful aging. *The gerontologist*. 37(4): 433-440.
179. Roy, Noémie, Roxanne Dubé, Carole Després, Adriana Freitas and France Légaré. 2018. Choosing between staying at home or moving: A systematic review of factors influencing housing decisions among frail older adults. *PLoS ONE*. 13(1): e0189266.
180. Salminen, K. S., M. H. Suominen, H. Soini, H. Kautiainen, N. Savikko, R. K. T. Saarela, S. Muurinen and K. H. Pitkala. 2019. Associations between Nutritional Status and Health-Related Quality of Life among Long-Term Care Residents in Helsinki. *The journal of nutrition, health & aging*. 23(5): 474-478.
181. Sanford, Angela M., Martin Orrell, Debbie Tolson, Angela Marie Abbatecola, Hidenori Arai, Juergen M. Bauer, Alfonso J. Cruz-Jentoft, Birong Dong, Hyuk Ga, Ashish Goel, Ramzi Hajjar, Iva Holmerova, Paul R. Katz, Raymond T.C.M., Yves Rolland, Renuka Visvanathan, Jean Woo, John E. Morley and Bruno Vellas. 2015. An international definition for “nursing home”. *Journal of the American Medical Directors Association*. 16(3): 181-184.
182. Sgarbieri, Valdemiro Carlos and Maria Teresa Bertoldo Pacheco. 2017. Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Brazilian Journal of Food Technology*. 20: e2017007.

183. Shah, Surya, Frank Vanclay and Betty Cooper. 1989. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*. 42(8): 703-709.
184. Shahrin, Fatin, Izzaty Mohd, Noraida Omar, Zulfitri 'Azuan Mat Daud and Nor Fadhlina Zakaria. 2019. Factors associated with food choices among elderly: a scoping review. *Peer-reviewed Journal of the Nutrition Society of Malaysia*. 25(2): 185-198.
185. Simeão, Sandra Fiorelli de Almeida Penteado, Géssika Araujo de Lima Martins, Marcia Aparecida Nuevo Gatti, Marta Helena Souza De Conti Alberto De Vitta, and Sara Nader Marta. 2018. Comparative study of quality of life of elderly nursing home residents and those attending a day Center. *Ciencia & saude coletiva*. 23 (11): 3923-3934.
186. Skevington, Suzanne M., Mahmoud Lotfy and Kathryn A. O'Connell. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*. 13: 299-310.
187. Smith, Allison. 2000. *Researching quality of life of older people: concepts, measures and findings*. Centre for Social Gerontology. Keele University, working paper 7.
188. Soini, H., S. Muurinen, P. Routasalo, E. Sandelin, N. Savikko, M. Suominen, A. Ainamo, and K. H Pitkala. 2006. Oral and nutritional status-Is the MNA a useful tool for dental clinics. *The journal of nutrition, health & aging*. 10(6): 495-501.
189. Soriano, Rainier P., Helen M. Fernandez, Christine K. Cassel and Rosanne M. Leipzig. 2007. *Fundamentals of geriatric medicine: a case-based approach*. Springer Science & Business Media.
190. Stadnyk, Robin L., Stephanie A. Chamberlain, Grace Warner, E. Marie Earl and Christy Nickerson Rak. 2017. Nursing-Home Resident Quality of Life: A Longitudinal Case Study Approach. *Journal of Housing For the Elderly*. 31(3): 243-258.
191. Stavljenić–Rukavina Ana, Renato Mittermayer, Spomenka Tomek-Roksandić i Jadranka Mustajbegović. 2012. Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba. *Zagreb: Centar za promicanje EU standarda u zdravstvu, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Centar za gerontologiju Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba*, 2012.
192. Strawbridge, William J., Margaret I. Wallhagen and Richard D. Cohen. 2002. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The gerontologist*. 42(6): 727-733.

193. Stewart Anita L. and Abby C. King. 1994. *Conceptualizing and measuring quality of life in older populations*. In: Abeles Ronald P, Gift Helen C, Ory Marcia G, eds. *Aging and Quality of Life*. New York: Springer. 27-54.
194. Sury, Laura, Kim Burns and Henry Brodaty. 2013. Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families. *International Psychogeriatrics*. 25(6): 867-876.
195. Suominen, M., S Muurinen, P Routasalo, H Soini, I Suur-Uski, A Peiponen, H Finne-Soveri and K H Pitkala. 2005. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European journal of clinical nutrition*. 59(4): 578-583.
196. Swedish National Institute of Public Health. 2007. *Healthy ageing: a challenge for Europe*. Swedish National Institute of Public Health.
197. Taş, Beray Gelmez and Dilek Toprak. 2018. Comparison of Quality of Life of Elders Living in Nursing Homes and in Their Homes and Its Relationship with Socio-demographic Factors. *Ankara Medical Journal*. 18(4): 552-561. Dostupno na: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/601398> (31. ožujka 2021).
198. Tomasović Mrčela, Nada. 2011. *Utjecaj dijagnoze, funkcionalne samostalnosti i životne dobi korisnika stacionarne medicinske rehabilitacije na preferencije odabira zdravstvenoturističkih usluga*. Disertacija. Split: Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu.
199. Tomasović Mrčela, Nada, Spomenka Tomek-Roksandić, Zvonimir Šostar, Zijad Duraković, M. Ljubičić, Ana Stavljenić Rukavina i Marica Lukić. 2016. Razlike između fiziološkog i bolesnog starenja—osnove za gerontološku rehabilitaciju. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina*. 28(1-2): 56-67.
200. Tomasović Mrčela, Nada, Spomenka Tomek-Roksandić, Branko Kolarić, Stela Mravak, Marica Lukić, Katarina Lovrić i Dalma Sajko. 2017. *Specifičnosti zdravstvenih mjera Postupnika tima doktora opće/obiteljske medicine u domovima za starije osobe*. U: Tiljak, Hrvoje, Teo Depolo, ur. XXIV. Kongres obiteljske medicine, Pretiost, Treća dob; 2017 travanj 20-22.; Dubrovnik, Hrvatska; Dubrovnik, Hrvatska udružba obiteljske medicine 59-71.
201. Tomasović Mrčela, Nada, Branko Kolarić, Jasna Mesarić, and Ana Stavljenić-Rukavina. 2020. Quality indicators related to geroprophylaxis in Croatian nursing homes. *Acta medica Croatica*, 74(4): 307-311. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/373117> (31. siječnja 2023).

202. Tomasović Mrčela, N., T. Ćorić, B. Kolarić, M. Miloš, A. Nakić, K. Arnaut nad K.M. Gusić, 2022. Application of geronto-nutritional norms—a quality indicator in nursing homes. *Arhiv Za Higijenu Rada i Toksikologiju*. 73: 28-28.
203. Tomek-Roksandić, Spomenka, Goran Perko, Vesna Lamer, Hrvoje Radašević, Nika Fučkan, Marija Škes i Ljerka Kurtović. 2003. *Gerontološki zdravstveno-statistički ljetopis za Hrvatsku 2001-2002. godina*, Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju.
204. Tomek-Roksandić, Spomenka, Goran Perko, Diana Mihok, Hrvoje Radašević, Mate Ljubičić, Dubravka Šimunović, Mladen Havelka, Marija Strnad-Pešikan i Jasminka Despot-Lučanin. 2005. *Živjeti zdravo aktivno produktivno starenje - 4.* knjižica uputa za očuvanje funkcionalne sposobnosti u dubokoj starosti. Zagreb: CZG ZJZGZ.
205. Tomek-Roksandić, Spomenka, Hrvoje Radašević, Dijana Mihok, Marija Škes, Stela Vračan, Branimir Tomić, Mirjana Lipovšćak, Ana Puljak i Maja Marić-Bajs. 2007/2008. *Gerontološko javnozdravstveno-statistički pokazatelji za Hrvatsku 2004.-2006. godinu*. Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, Centar za gerontologiju, Zagreb.
206. Tomek-Roksandić, Spomenka, Nada Tomasović Mrčela, Nina Smolej Narančić and G. Sigl. 2010. Functional ability of the elderly in the institutional and non-institutional care in Croatia. *Collegium antropologicum*. 34(3): 841-846.
207. Tomek-Roksandić, Spomenka, Marica Lukić, Ana Deucht, Mara Županić, Mate Ljubičić, Dragica Šimunec, Slavica Garić, Stela Mravak, Mira Jelić, Slavica Šepec, Sanja Blažeković Milaković, Nada Tomasović Mrčela, Vlasta Vučevac, Sanja Predavec, Franica Pavković i Milica Katić. 2012. *Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i Postupnikom opće/obiteljske medicine*. II dopunjeno izd. Zagreb: CZG ZJZ “Dr. Andrija Štampar“.
208. Tomek-Roksandić, Spomenka, Nada Tomasović Mrčela, Nina Smolej Narančić, Zvonimir Šostar, Marica Lukić, Zijad Duraković, Mate Ljubičić i Vlasta Vučevac. 2013. Program of primary, secondary and tertiary prevention for the elderly. *Periodicum biologorum*. 115 (4): 475-481.
209. Tomek-Roksandić, Spomenka, Tomislav Benjak, Nada Tomasović Mrčela, Manuela Maltarić, Mario Trošelj, Branko Kolarić, Nina Smolej Narančić, Stela Mravak, Marica Lukić, Vesna Štefančić, Ivana Poppek, Branimir Tomić, Sandra Mihel, Tanja Ćorić, Vlasta Dečković-Vukres, Mate Ljubičić, Sanja Predavec, Katharina Lovrić, Sanja Meštrić, Ivana Šućur, Marija Pederin, Višnja Fortuna, Dunja Skoko-Poljak, Marija Penava Šimac, Dunja Durut Beslač i Zijad Duraković. 2016. *Gerontološkojavnnozdravstveni pokazatelji*

- zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu (2014. - 2016. g. / popisna 2011. g.) Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar” i Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, Zagreb.
210. Top, Mehmet, and Elif Dikmetaş. 2015. Quality of life and attitudes to ageing in Turkish older adults at old people's homes. *Health Expectations*. 18(2): 288-300. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5060774/> (31. svibnja 2019).
211. Tseng, Su-Zu and Ruey-Hsia Wang. 2001. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in Southern Taiwan. *Public Health Nursing*. 18(5): 304-311.
212. Tucak Junaković, Ivana i Marina Nekić. 2016. Percepcija uspješnog starenja u starijih osoba. *Acta Iadertina*. 13(2): 0-0. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/280224> (04. listopada 2020).
213. United Nations. 2020. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Ageing 2019* (ST/ESA/SER.A/444). Dostupno na: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf> (31. kolovoza 2020).
214. Vitorino, Luciano Magalhães, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, and Lucila Amaral Carneiro Vianna. 2012. Quality of life among older adults resident in long-stay care facilities. *Revista latino-americana de enfermagem*. 20: 1186-1195. Dostupno na: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/YngDMkssNNs3g3RkWYSb5TG/?lang=en> (31. ožujka 2021).
215. Vitorino, Luciano Magalhães, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, and Lucila Amaral Carneiro Vianna. 2013. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. *Revista latino-americana de enfermagem*. 21: 3-11.
216. Vitorino, Luciano Magalhães, Giancarlo Lucchetti, Ana Eliza Oliveira Santos, Alessandra L. G. Lucchetti, Eric Batista Ferreira, Nilce Piva Adami and Lucila Amaral Carneiro Vianna. 2016. Spiritual religious coping is associated with quality of life in institutionalized older adults. *Journal of religion and health*. 55(2): 549-559.
217. Vranešić Bender, Darija, Željko Krznarić, Željko Reiner, Spomenka Tomek-Roksandić, Zijad Duraković, Antoinette Kaić-Rak, Nina Smolej Narančić i Jasna Bošnjir.

2011. Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio I. *Liječnički Vjesnik*. 133(7-8): 231-240.
218. Vuletić, Gorka. 2011. *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku.
219. Vuletić, Gorka i Marina Stapić. 2013. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*. 6(1-2): 45-61.
220. Walker, Alan and Laurent van der Maesen. 2004. Social quality and quality of life. In: Wolfgang, Glatzer, Susanne, Von Below and Matthias, Stoffregen, (eds). *Challenges for quality of life in the contemporary world*. pp. 13-31. Springer, Dordrecht.
221. Walker, Alan. 2005. A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*. 2(1): 2-12.
222. Walker, Alen and Heidrun Mollenkopf. 2007. International and multi-disciplinary perspectives on quality of life in old age: Conceptual issues. In Heidrun Mollenkopf and Alan Walker (eds). *Quality of life in old age: International and multidisciplinary perspectives*. pp. 3-13. Dordrecht: Springer Netherlands.
223. Wang, Pei, Philip Yap, Gerald Koh, Jia An Chong, Lucy Jennifer Davies, Mayank Dalakoti, Ngan Phoon Fong, Wei Wei Tiong and Nan Luo. 2016. Quality of life and related factors of nursing home residents in Singapore. *Health and Quality of Life Outcomes*. 14(1): 112.
224. Weinert, Brian T. and Poala S. Timiras. 2003. Invited review: Theories of aging. *Journal of applied physiology*. 95(4): 1706-1716. Dostupno na <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/japplphysiol.00288.2003> (31. siječnja 2022).
225. Whitbourne, Susan Krauss. 2002. *The aging individual: Physical and psychological perspectives*. Springer Publishing Company.
226. White, Siobhan M., Thomas R. Wójcicki and Edward McAuley. 2009. Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. *Health and Quality of life outcomes*. 7: 1-7.
227. Whoqol Group. 1993. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*. 2: 153-159.
228. Whoqol Group. 1995. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 41(10): 1403-1409.

229. Wiles, Janine L., Annette Leibing, Nancy Guberman, Jeanne Reeve and Ruth E. Allen. 2012. The meaning of „aging in place” to older people. *The gerontologist*. 52(3): 357-366. Dostupno na: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/52/3/357/580905> (04. prosinca 2018).
230. Williams, A. Paul, David Challis, Raisa Deber, Jilian Watkins, Kerry Kuluski, Janet M. Lum and Stacey Daub. 2009. Balancing institutional and community-based care: why some older persons can age successfully at home while others require residential long-term care. *Healthcare Quarterly*. 12(2): 95-105.
231. Wilson, Margaret-Mary G, David R Thomas, Laurence Z Rubenstein John T Chibnall, Stephanie Anderson, Amy Baxi, Marilyn R Diebold and John E Morley. 2005. Appetite assessment: simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 82(5): 1074-1081. Dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916523296926?via%3Dihub> (31. ožujka 2023).
232. Wong, Albert, Rianne Elderkamp-de Groot, Johan Polder and Job van Exel. 2010. Predictors of long-term care utilization by Dutch hospital patients aged 65+. *BMC Health Services Research*. 10(1): 1-14. Dostupno na: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-110> (13. svibnja 2020).
233. World Health Organization. 2000. *Home-based long-term care: report of a WHO study group*. World Health Organization.
234. World Health Organization. 2002. *Active ageing: A policy framework* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.
235. World Health Organization. 2011. *Global health and aging*. Geneva: World Health Organization. Dostupno na: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf (13. rujna 2018).
236. World Health Organization. 2015. *World report on ageing and health*. World Health Organization.
237. Xavier, Flavio M., Marcos PT. Ferraz, Marc, Norton, Norma U. Escosteguy and Emilio H. Moriguchi. 2003. Elderly people s definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25(1): 31-39. Dostupno na: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n1/15151.pdf> (31. siječnja 2019).

238. Yoo, Hyung Joon. 2017. Comprehensive approach for managing the older person with diabetes mellitus. *Diabetes & metabolism journal*. 41(3): 155-159. Dostupno na: <https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.4093/dmj.2017.41.3.155&code=2004DMJ&vmode=FULL> (13. siječnja 2019).
239. Zahava, Gabriel and Ann Bowling. 2004. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*. 24(5): 675-691.
240. Žganec, Nino, Silvija Rusac i Maja Laklija. 2008. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*. 15(2): 171-188.

PRILOZI

**Prilog A: Upitnik o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije osobe
(Quality of Life Scales for Nursing Home Residents 2001)**

**LJESTVICE PROCJENE KVALITETE ŽIVOTA MEĐU KORISNICIMA
DOMOVA ZA STARIJE**

Quality Of Life (QOL) Upitnik

Verzija 2.0, Prosinac 2001

**Voditeljica studije: Rosalie A. Kane
University of Minnesota School of Public Health**

Izvor: Quality of Life Scales for Nursing Home Residents. (Pristupljeno 30.lipnja 2017.) Dostupno na:
http://www.hpm.umn.edu/itcresourcecenter/research/QOL/QOL_of_Scales_and_how_to_use_them.pdf

Prijevod: Služba za javnozdravstvenu gerontologiju, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

ŠIFRA ISPITANIKA: _____

LJESTVICE KVALITETE ŽIVOTA

Ljestvica komfora: prva pitanja odnose se na to koliku razinu komfora ostvarujete i koliko Vam se pomaže u tom vidu usluge.

CMF		Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
1	<i>Koliko često Vam je ovdje hladno?</i>	1	2	3	4	1.5	3.8	0	0
2	<i>Koliko često se nalazite u jednom nepovoljnom položaju koji Vas boli?</i>	1	2	3	4	1.5	3.8	0	0
3	<i>Koliko često osjećate fizičku bol?</i>	1	2	3	4	1.5	3.8	0	0
4	<i>Koliko često Vas smeta buka kada ste u Vašoj sobi?</i>	1	2	3	4	1.5	3.8	0	0
5	<i>Koliko često Vas smeta buka u drugim djelovima staračkog doma, npr. u blagavaonici?</i>	1	2	3	4	1.5	3.8	0	0
6	<i>Da li se ovdje uspijete dobro naspavati?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 4 od 6 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati ljestvica. Dva ne znam/ne želim reći odgovora mogu se uključiti u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 24-6. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje

Ljestvica funkcionalne kompetencije: naredna serija pitanja će se odnositi na to koliko Vam je jednostavno raditi stvari za sebe u onoj mjeri u kojoj Vi to želite.

FC	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
1 <i>Da li se možete bez poteškoća samostalno kretati po vlastitoj sobi ?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2 <i>Da li s lakoćom možete dosegnuti stvari koje su Vam potrebne?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3 <i>Ako se nalazite bilo gdje unutar vašeg Doma i trebate otići na WC, da li možete brzo stići do jednog?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4 <i>Da li možete lako dosegnuti predmete koje želite koristiti unutar kupaonice?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
5 <i>Da li se možete brinuti o Vašim vlastitim stvarima i sobi u mjeri u kojoj biste to željeli?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 4 od 5 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati ljestvica. Jedan ne znam/ne želim reći odgovor može biti uključen u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 20-5. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica privatnosti: naredna serija pitanja se odnosi na to koliko Vam je jednostavno raditi stvari za sebe u onoj mjeri u kojoj Vi to želite.

PRI		Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
1	<i>Da li možete pronaći mjesto na kojem možete biti sami, ako to želite?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2	<i>Da li možete ostvarivati privatne telefonske pozive?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3	<i>Kada imate posjetitelja, da li možete pronaći mjesto gdje ga možete privatno primiti?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4	<i>Da li možete biti ostvariti privatnost sa drugim korisnicima Doma (ne uključujući Vaše cimere)?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
5	<i>Da li ljudi koji su zaposlenici Doma pokucaju na vrata i čekaju Vaš odgovor prije nego što uđu u Vašu sobu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 4 od 5 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Jedan ne znam/ne želim reći odgovor može biti uključen u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 20-5. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica dostojanstva: naredna serija pitanja se odnosi na poštivanje Vašeg dostojanstva.

DIG		Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavno m da	Uglavno m ne	Ne znam	Ne želim reći
1	<i>Da li se zaposlenici Vašeg doma prema Vama ljubazno odnose?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2	<i>Da li osjećate da se prema Vama zaposlenici odnose sa poštovanjem?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3	<i>Da su zaposlenici Doma nježni prema Vama kada vam pružaju skrb?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4	<i>Da li zaposlenici Doma cijene vašu skromnost?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
5	<i>Da li zaposlenici Vašeg Doma za Vas odvoje dovoljno vremena kada im imate nešto kazati?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 4 od 5 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Jedan ne znam/ne želim reći odgovor može biti uključen u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 20-5. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica smislenih aktivnosti: naredna serija pitanja se odnosi na to kako provodite svoje vrijeme.

MA		Onoliko koliko želite?	Previše?	Premalo?		Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
1	<i>Da li izlazite vani:</i>	4	1	1	<i>Da li izlazite vani onoliko koliko bi htjeli?</i>	3.8	1.5	0	0
2	<i>Koliko često izlazite vani?</i>	Svaki dan	Nekoliko puta tjedno	Otprilike jednom tjedno	Manje od jednom tjedno	Manje od jednom mjesečno	Ne znam	Ne želim reći	
		4	3.25	2.50	1.75	1	0	0	
3	<i>Da li uživate u aktivnostima koje se organiziraju u Vašem Domu?</i>	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
		4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4	<i>Izvan vaših religijskih aktivnosti, da li uživate u još nekim aktivnostima u vašem Domu za vrijeme vikenda?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
5	<i>Unatoč Vašem zdravstvenom stanju, da li pomažete drugima, npr. drugim korisnicima Doma, vašoj obitelji, vanjskoj lokalnoj zajednici?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
6	<i>Da li Vam se dani u Domu čine predugi?</i>	1	2	3	4	1.5	3.8	0	0

Uputa: 4 od 6 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Dva ne znam/ne želim reći odgovora mogu biti uključena u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 24-6. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica osobnih odnosa: naredna serija pitanja se odnosi na Vaše osobne odnose u Vašoj ustanovi.

REL	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
1 <i>Da li je lako sklapati prijateljstva u Vašem Domu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2 <i>Da li smatrate da je <u>bilo koji korisnik Doma vaš blizak prijatelj</u>?</i>	Da 4			Ne 1			0	0
	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
3 <i>U posljednjih mjesec dana, da li su ljudi koji su zaposlenici Doma prišli k Vama da bi imali prijateljski razgovor?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4 <i>Da li doživljavate ijednog zaposlenika Doma kao Vašeg prijatelja ili prijateljicu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
5 <i>Da li smatrate da Vaš Dom kao ustanova pokušava biti ugodno mjesto za posjete obitelji i prijatelje korisnika Doma?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 4 od 5 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Jedan ne znam/ne želim reći odgovor može biti uključen u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 20-5. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica autonomije: naredna serija pitanja se odnosi na izbor i kontrolu koju imate.

AUT		Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
1	<i>Da li idete spavati u vrijeme koje Vi želite?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2	<i>Da li se ujutro možete ustati u vrijeme koje Vama odgovara?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3	<i>Da li Vi možete odlučiti koju ćete odjeću nositi?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4	<i>Da li ste bili uspješni u činjenju promjena u vezi stvari koje vam se ne sviđaju?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 3 od 4 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Jedan ne znam/ne želim reći odgovor može biti uključen u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 16-4. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica uživanja u hrani: naredna serija pitanja se odnosi na Vaše iskustvo prehrane u Vašoj ustanovi.

ENJ	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavno m da	Uglavno m ne	Ne znam	Ne želim reći
1 <i>Da li Vam se sviđa hrana koja se poslužuje u Vašoj ustanovi?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2 <i>Da li uživate za vrijeme obroka u Vašoj ustanovi?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3 <i>Da li možete jesti vašu omiljenu hranu u Vašoj ustanovi?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: Sva pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Odgovori ne znam/ ne želim reći se ne uključuju u prosjek. Raspon bodova: 12-3. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica duhovnog blagostanja: naredna serija pitanja se odnosi na Vaš duhovni život u Vašoj ustanovi.

SWB	Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavno m da	Uglavno m ne	Ne znam	Ne želim reći
1 <i>Da li sudjelujete u religijskim aktivnostima u Vašoj ustanovi?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2 <i>Da li religijske aktivnosti organizirane u Vašoj ustanovi za Vas imaju osobno značenje?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3 <i>Da li osjećate da Vaš život kao cjelina ima značenje?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4 <i>Da li se osjećate spokojno?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 3 od 4 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Jedan ne znam/ne želim reći odgovor može biti uključen u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 16-4. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica sigurnosti: naredna serija pitanja se odnosi na to koliko se sigurno osjećate u Vašoj ustanovi.

SEC		Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavno m da	Uglavno m ne	Ne znam	Ne želim reći
1	<i>Da li osjećate da su Vaše stvari sigurne u Vašoj ustanovi?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2	<i>Da li vaša odjeća bude izgubljena ili oštećena nakon pranja?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3	<i>Da li ste dovoljno sigurni da možete dobiti pomoć onda kada je trebate?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4	<i>Ako se ne osjećate dobro, da li možete brzo dobiti pristup sestri ili liječniku?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
5	<i>Da li se ikada bojite zbog toga kako se prema Vama ili drugim korisnicima odnose u Vašoj ustanovi?</i>	1	2	3	4	1.5	3.8	0	0

Uputa: 4 od 5 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati skala. Jedan ne znam/ne želim reći odgovor može biti uključen u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 20-5. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Ljestvica individualnosti: naredna serija pitanja odnosi se na vaše osobne životne preferencije.

IND		Često	Ponekad	Rijetko	Nikada	Uglavnom da	Uglavnom ne	Ne znam	Ne želim reći
1	<i>Uzimajući u obzir sve zaposlenike, sestre, pomoćnike i drugo osoblje, da li zaposlenici Doma znaju za vaše interese i što volite?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
2	<i>Da li vas zaposlenici Doma poznaju kao osobu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
3	<i>Da li su ljudi koji rade u Domu zainteresirani za vaša iskustva i stvari koje ste postigli u životu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
4	<i>Da li osoblje Vašeg Doma shvaća vaše preferencije dovoljno ozbiljno?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
5	<i>Da li vas ostali korisnici Doma poznaju kao osobu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
6	<i>Da li se vaše osobne želje i interesi respektiraju u Domu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

Uputa: 4 od 6 pitanja moraju biti odgovorena u prvih 6 stupaca da bi se mogla konstruirati ljestvica. Dva ne znam/ne želim reći odgovora mogu se uključiti u izračun prosjeka bodova. Raspon bodova: 24-6. Veći broj postignutih bodova je više pozitivno obilježje.

Zbirne stavke upitnika: Idućih 12 pitanja odnosi se na zbir svega o čemu ste do sada bili pitani u ovom upitniku. Ta pitanja se odnose na općenito vrednovanje kvalitete vašeg života.

Upute intervjueru: Pokušajte koristiti „izvršno/loše“ format pri ispitivanju korisnika (lijevo). Ako korisnik doma ne može gradirati pojedino pitanje na skali od 1 do 4, tada koristite „Da/Ne“ format na desnoj strani upitnika.

Kako bi ocjenili kvalitetu Vašeg života u ustanovi u kojoj živite s obzirom na:

SUM		Izvršno	Dobro	Zadovoljavajuće	Loše	Da	Ne	Ne znam	Ne želim odgovoriti
CMF	<i>Da li se osjećate fizički ugodno?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
FC	<i>Činite za sebe onoliko koliko bi htjeli?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
PRI	<i>Imate privatnost koju bi htjeli?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
AUT	<i>Imate izbor i kontrolu u vašem svakodnevnom životu?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
DIG	<i>Osjećate da se vaše dostojanstvo poštuje?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
MA	<i>Imate zanimljive stvari za vidjeti i činiti?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
ENJ	<i>Uživite u hrani i Vašim obrocima?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
IND	<i>Slijedite vaše interese i preferencije?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
REL	<i>Imate dobra prijateljstva i međusobne odnose?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
SEC	<i>Osjećate se sigurno?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
SWB	<i>Vaše duhovne i religijske potrebe su zadovoljene?</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0
QOL	<i>Kolko ste zadovoljni vašim</i>	4	3	2	1	3.8	1.5	0	0

*životom,
općenito?*

Napomena: Ova pitanja nisu dizajnirana za stvaranje ljestvice nego se koriste kao mjera individualnih kriterija za različite ljestvice (domene) koje su se ocjenjivale kroz ovaj upitnik. Buduća znanstvena nastojanja će pokušati utvrditi koliko svaka od ispitanih domena doprinosi općenitoj kvaliteti života.

Prilog B: Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (MBI) (Shah i sur. 1989)

PRILOG

*Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah, Vanclay i Cooper (Shah i sur. 1989, 703–709)
s bodovima za svaku stavku.*

Osobna higijena

1. Pacijent ne može održavati osobnu higijenu, te je ovisan u svakom pogledu. **(0)**
2. Potrebna je pomoć u svim dijelovima osobne higijene. **(+1)**
3. Pomoć je djelomično potrebna u jednom ili više postupaka osobne higijene. **(+3)**
4. Pacijent je sposoban sam održavati osobnu higijenu, ali mu je potrebna minimalna pomoć prije i/ili nakon radnje. **(4)**
5. Pacijent može oprati ruke i lice, počešljati kosu, oprati zube i obrijati se. Muški pacijent može koristiti bilo koju vrstu britvice, ali mora moći umetnuti britvicu ili uključiti brijači aparat bez pomoći, kao i sam uzeti britvicu ili aparat iz ladice ili ormarića. Ženski pacijent se mora moći samostalno našminkati, ukoliko koristi šminku, ali ne treba isplesti kosu niti napraviti frizuru. **(5)**

Kupanje (sebe)

1. Potpuna ovisnost pri kupanju. **(0)**
2. Potrebna je pomoć u svim dijelovima kupanja. **(+1)**
3. Potrebna je pomoć bilo pri prijelazu do tuša/kade bilo prilikom pranja ili brisanja; uključujući nemogućnost dovršavanja zadatka zbog zdravstvenog stanja ili bolesti itd. **(+3)**
4. Potreban je nadzor zbog sigurnosti pri podešavanju temperature vode ili prijelazu u tuš/kadu. **(+4)**
5. Pacijent može koristiti kadu, tuš kabinu, ili se potpuno okupati spužvom. Pacijent mora biti sposoban učiniti sve korake bilo koje metode kojom se koristi bez prisutnosti druge osobe. **(+5)**

Hranjenje

1. Pacijent je ovisan u svakom pogledu i treba ga hraniti. **(0)**
2. Može rukovati priborom za jelo, najčešće žlicom, ali netko mora pružiti aktivnu pomoć tijekom obroka. **(+2)**
3. Sposoban se sam hraniti uz nadzor. Potrebna je pomoć s povezanim zadacima kao što je dodavanje mlijeka/šećera u čaj, soljenje, dodavanje papra, mazanje maslaca, okretanje tanjura ili druge "pripremljene" aktivnosti. **(+5)**
4. Samostalnost pri hranjenju uz pripremljeni poslužavnik, osim što može biti prethodno narezano meso, otvoren tetrapak mlijeka, poklopac staklenke itd. Nije potrebna prisutnost druge osobe. **(+8)**
5. Pacijent se može samostalno hraniti s poslužavnika ili stola kada mu netko stavi hranu nadohvat ruke. Pacijent mora moći po potrebi koristiti pomagalo, narezati hranu, te po želji koristiti sol i papar, namazati maslac i sl. **(+10)**

Sjedanje na i ustajanje s toaleta

1. Potpuna ovisnost pri korištenju toaleta. **(0)**
2. Potrebna pomoć u svim dijelovima korištenju toaleta. **(+2)**
3. Može biti potrebna pomoć sa skidanjem ili odijevanjem, prelaženjem na nužnik ili pranjem ruku. **(+5)**

4. Može biti potreban nadzor zbog sigurnosti pri korištenju uobičajenog nužnika. Toaletna stolica se može koristiti noću, ali potrebna je pomoć pri pražnjenju i čišćenju. **(+8)**
5. Pacijent je u stanju sjesti i ustati se s nužnika, zakopčati i otkopčati odjeću, spriječiti zaprljanje odjeće i koristiti toaletni papir bez pomoći. Ako je potrebno, pacijent može noću koristiti noćnu posudu ili toaletnu stolicu, ili "gusku", ali mora ih biti u stanju isprazniti i očistiti. **(+10)**

Stepenice

1. Pacijent ne može koristiti stepenice. **(0)**
2. Potrebna je pomoć u svim dijelovima korištenja stepenica, uključujući pomoć s pomagalicama za hodanje. **(+2)**
3. Pacijent se može popeti/spustiti, ali ne može nositi pomagala za hodanje te mu treba nadzor i pomoć. **(+5)**
4. Uglavnom nije potrebna pomoć. Ponekad je potreban nadzor radi sigurnosti zbog jutarnje ukočenosti, kratkoće daha itd. **(+8)**
5. Pacijent se može sigurno penjati i spuštati niz stepenice bez pomoći ili nadzora. Pacijent može koristiti rukohvate, štap za hodanje ili štake kada je to potrebno i može nositi navedena pomagala dok se penje ili spušta. **(+10)**

Odijevanje

1. Pacijent je ovisan u svim dijelovima odijevanja i ne može sudjelovati u aktivnosti. **(0)**
2. Pacijent može donekle sudjelovati, ali je ovisan u svim dijelovima odijevanja. **(+2)**
3. Potrebna je pomoć pri oblačenju i/ili skidanju odjeće. **(+5)**
4. Potrebna je samo minimalna pomoć pri zakopčavanju odjeće, kao što su gumbi, patentni zatvarači, grudnjak, cipele itd. **(+8)**
5. Pacijent može odjenuti, skinuti i zakopčati odjeću, zavezati vezice na cipelama ili staviti, pričvrstiti, skinuti steznik, protezu, kako je propisano. **(+10)**

Pražnjenje crijeva

1. Pacijent ima fekalnu inkontinenciju. **(0)**
2. Pacijentu je potrebna pomoć da zauzme odgovarajući položaj i tehnike za olakšavanje pražnjenja crijeva. **(+2)**
3. Pacijent može zauzeti odgovarajući položaj, ali ne može koristiti tehnike za olakšavanje ili se samostalno očistiti bez pomoći te mu se često događaju nezgode. Potrebna je pomoć s pomagalicama za inkontinenciju kao što su ulošci itd. **(+5)**
4. Pacijentu može biti potreban nadzor pri korištenju supozitorija ili klistira te mu se povremeno događaju nezgode. **(+8)**
5. Pacijent može kontrolirati crijeva i ne događaju mu se nezgode, može koristiti supozitorije ili klistir kada je to potrebno. **(+10)**

Pražnjenje mokraćnog mjehura

1. Pacijent je ovisan za pražnjenje mokraćnog mjehura, inkontinentan je ili ima postavljeni kateter. **(0)**
2. Pacijent je inkontinentan, ali može pomoći s postavljanjem unutarnjeg ili vanjskog pomagala. **(+2)**
3. Pacijent je uglavnom suh danju, ali ne i noću, te mu je potrebna pomoć s pomagalicama. **(+5)**
4. Pacijent je uglavnom suh danju i noću, ali može doživjeti povremenu nezgodu ili mu je potrebna minimalna pomoć s unutarnjim ili vanjskim pomagalicama. **(+8)**

5. Pacijent može kontrolirati mjehur danju i noću, i/ili je neovisan pri korištenju unutarnjih ili vanjskih pomagala. **(+10)**

Prijelaz sjedalica/krevet

1. Ne može sudjelovati u prijelazu. Dva pomoćnika su potrebna za prijelaz pacijenta sa ili bez mehaničkog pomagala. **(0)**
2. Može sudjelovati, ali je potrebna maksimalna pomoć još jedne osobe u svim dijelovima prijelaza. **(+3)**
3. Prijelaz zahtijeva pomoć još jedne osobe. Pomoć može biti potrebna u bilo kojem dijelu prijelaza. **(+8)**
4. Prisutnost druge osobe je potrebna ili za pružanje podrške ili nadzor zbog sigurnosti. **(+12)**
5. Pacijent može sigurno prići krevetu u kolicima, blokirati kočnice, podići oslonce za noge, sigurno prijeći u krevet, leći, doći u sjedeći položaj na bočnoj strani kreveta, promijeniti položaj kolica, prijeći sigurno natrag u njih. Pacijent mora biti samostalan u svim dijelovima ove aktivnosti. **(+15)**

Kretanje

1. Ovisnost glede pokretnosti. **(0)**
2. Za vrijeme kretanja potrebna je stalna prisutnost jednog ili više pomoćnika. **(+3)**
3. Potrebna je pomoć pri dohvatanju pomagala i/ili rukovanju njima. Jedna osoba je potrebna za pružanje pomoći. **(+8)**
4. Pacijent je neovisan pri kretanju, ali ne može prehodati 50 metara bez pomoći ili je potreban nadzor za pružanje podrške ili sigurnosti u riskantnim situacijama. **(+12)**
5. Pacijent mora biti sposoban staviti protezu ako je potrebno, zaključati i otključati protezu, zauzeti stojeći položaj, sjesti, te postaviti potrebna pomagala u položaj za korištenje. Pacijent mora biti sposoban koristiti štape, štap ili hodalicu i prehodati 50 metara bez pomoći ili nadzora. **(+15)**

Upravljanje invalidskim kolicima (alternativa kretanju)

Koristite ovu stavku samo ako je pacijent ocijenjen s "1" za kretanje, te tada samo ako je pacijent obučen za upravljanje invalidskim kolicima.

1. Kretanje ovisi o invalidskim kolicima. **(0)**
2. Pacijent se može samostalno kretati na kratke udaljenosti po ravnoj površini, ali potrebna je pomoć za sve druge dijelove upravljanja invalidskim kolicima. **(+1)**
3. Nužna je prisutnost jedne osobe i potrebna je stalna pomoć za dolazak s kolicima do stola, kreveta itd. **(+3)**
4. Pacijent se može samostalno kretati razuman vremenski period na uobičajenom terenu. I dalje može biti potrebna minimalna pomoć kod "oštrih kuteva". **(+4)**
5. Za samostalno pokretanje invalidskih kolica, pacijent mora biti sposoban obilaziti kuteve, okretati se, manevrirati kolicima do stola, kreveta, toaleta, itd. Pacijent mora moći prijeći kolicima najmanje 50 metara. **(+5)**

*Modificirano bodovanje za Barthelov indeks Tablica 2, str. 705 (Shah S, Vanclay F, Cooper B., 1989, 705).

Referenca:

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol. 1989; 42(8):703-9.

Napomena:

Korištene su posebne upute za trening evaluatora na terenu kako bi se pravilno ispunio upitnik.

Za ovaj prilog izvršena je translacija s engleskog na hrvatski jezik i retranslacija (radi izvršenja usporedbe teksta) s hrvatskog na engleski jezik.

Prilog C: Upitnik o sociodemografskom statusu korisnika domova za starije

UPITNIK O SOCIODEMOGRAFSKOM STATUSU KORISNIKA DOMOVA ZA STARIJE:

1.) Redni broj ispitanika
Broj:.....
2.) Stupanj socijalnih usluga
Broj:.....
3.) Dob korisnika
Godina rođenja:.....
4.) Spol korisnika
M / Ž
5.) Bračni status
a) neoženjen/neudana
b) živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici
c) rastavljen /rastavljena
d) udovac/udovica
6.) Stupanj obrazovanja
a) osnovna škola
b) srednja stručna sprema
c) viša stručna sprema
d) visoka stručna sprema
7.) Roditeljstvo
Da: (koliko).....; Ne:...
8.) Izvori prihoda korisnika doma za starije (okvirni mjesečni iznos u kunama)
a) mirovina.....kn
b) pomoć djece, skrbnika i drugih obveznika uzdržavanja.....kn
c) pomoć drugih osoba (prijatelji, daljnja rodbina....).....kn
d) ostalo (iznajmljivanje nekretnina, dividende i drugo).....kn
9.) Duljina boravka u domu za starije
a) 0-6 mjeseci
b) 6 mjeseci - 1 godina
c) 1 god. - 2 god.
d) 2 god. - 5 god.
e) 5 god. - 10 god.
f) 10.god. i više

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
E C M

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Mach Zrinka
Vpisna številka	3115302
Študijski program	Socialna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	ZNAČAJ SAMOPROCJENE KVALITETE ŽIVOTA ZA UNAPRJEĐENJE INDIVIDUALNOG GERONTOLOŠKOG PRISTUPA PREMA KORISNICIMA U DECENTRALIZIRANIM DOMOVIMA ZA STARIJE
Naslov v angleščini:	THE IMPORTANCE OF SELF-ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE FOR THE IMPROVEMENT OF INDIVIDUAL GERONTOLOGICAL APPROACH TOWARDS RESIDENTS IN DECENTRALIZED HOMES FOR THE ELDERLY
Mentor:	Doc. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela
Somentor:	-
Mentor iz podjetja:	-

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom ZNAČAJ SAMOPROCJENE KVALITETE ŽIVOTA ZA UNAPRJEĐENJE INDIVIDUALNOG GERONTOLOŠKOG PRISTUPA PREMA KORISNICIMA U DECENTRALIZIRANIM DOMOVIMA ZA STARIJE

izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,

- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, UrL RS št. 139/2006 s spremembami),
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost,

Podpisani-a Zrinka Mach izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

04.10.2023. Zagreb

Podpis študent/ke:

Zrinka Mach

IZJAVA LEKTORA



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

O6

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

Silvija Brkić Midžić, prof.,

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

profesor komparativne književnosti i fonetike, diplomirani bibliotekar.

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

Zrinke Mach,

z naslovom:

ZNAČAJ SAMOPROCJENE KVALITETE ŽIVOTA ZA UNAPRJEĐENJE INDIVIDUALNOG
GERONTOLOŠKOG PRISTUPA PREMA KORISNICIMA U DECENTRALIZIRANIM DOMOVIMA ZA
STARJE

Kraj: Zagreb

Datum: 05.10.2023.

Podpis: _____