

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

**DOKTORSKA DISERTACIJA**

**Ivana Živoder**

**ALMA MATER EUROPAEA**

**Evropski center, Maribor**

Doktorska disertacija študijskega programa tretje bolonjske stopnje

**SOCIALNA GERONTOLOGIJA**

**ZAZNAVA KVALITETE ŽIVLJENJA STAREJŠIH  
OSEB V INSTITUCIONALNI IN  
IZVENINSTITUCIONALNI OSKRBI MESTA  
ZAGREB**

**PERCEPCIJA KVALITETE ŽIVOTA STARIJIH  
OSOBA U INSTITUCIJSKOJ I  
IZVANINSTITUCIJSKOJ SKRBI U GRADU  
ZAGREBU**

**PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE OF ELDERLY  
PEOPLE IN INSTITUTIONAL AND COMMUNITY  
CARE IN THE CITY OF ZAGREB**

Mentor: doc. prim. dr. Spomenka Tomek-Roksandić

Kandidat: Ivana Živoder

Komentor: prof. dr. Rok Ovsenik

Maribor, travanj 2019

## **ZAHVALA**

*Zahvaljujem mentorici doc. prim. dr. Spomenki Tomek-Roksandić na nesebičnoj pomoći i savjetima tijekom pisanja doktorske disertacije te zahvaljujem komentoru prof. dr. Roku Ovseniku.*

*Hvala svim profesorima dokorskog studija Socijalne gerontologije na prenesenom znanju tijekom studija.*

*Veliko hvala mojoj obitelji na nesebičnoj podršci i svim mojim bliskim i dragim osobama koje su bile uz mene.*

## SAŽETAK

Kvaliteta života može se procjenjivati kroz različite komponente kao što su materijalna postignuća, zdravlje, odnosi s drugima, društvene aktivnosti i najčešće je subjektivno određena jer su za svaku osobu pojedini segmenti procjene kvalitete različito važni. Starenje populacije danas je imperativ budućeg razvoja društva koje je suočeno s uvođenjem različitih promjena. Moderna skrb za starije osobe orijentirana je na skrb u vlastitom prostoru uz pružanje potrebnih usluga i pomoći. Cilj istraživanja bio je procijeniti percepciju kvalitete života starijih osoba u izvaninstitucijskoj i institucijskoj skrbi. Uspoređene su tri skupine ispitanika (osobe u gerontološkom centru, osobe u domu za starije osobe, osobe u vlastitom kućanstvu bez korištenja usluga). Uzorkom je obuhvaćeno 180 ispitanika koji su podijeljeni u tri poduzorka (60 osoba - 30 muškaraca i 30 žena). Rezultati su pokazali da u percepciji kvalitete života nema statistički značajne razlike u skupinama, iako su određeni dijelovi analize po skupinama pokazali značajne razlike. Važno je naglasiti da u rezultatima koji se odnose na učestalost osjećaja tuge, očajaja, tjeskobe i depresije značajno više vrijednosti imaju osobe u instituciji (71,7%) i vlastitom kućanstvu (73,3%) u odnosu na korisnike gerontoloških centara (6,7%). Navedeno ukazuje na to da je potrebno raditi na prevenciji depresije i poboljšanju psihičkog zdravlja starijih osoba, što utječe na kvalitetu života. Kvalitativna analiza je pokazala da su zajednički problemi svih promatranih skupina nedovoljna financijska potpora, nedovoljno usluga u zdravstvu, premalo rehabilitacijskih usluga. Ukupni rezultati također su pokazali da je korištenje usluga gerontoloških centara u gradu Zagrebu kvalitetan oblik izvaninstitucijske skrbi o starijim osobama koji treba kontinuirano razvijati.

**Ključne riječi:** gerontološki centar, institucije, starije osobe, kvaliteta života, usluge.

## **ABSTRACT**

Quality of life can be evaluated through various components such as material achievement, health, relationships, social activity and it is most often subjectively defined because each segment of the quality assessment is of different importance for each person. The aging of the population is today imperative for the future development of society, which is faced with the introduction of various changes. Modern care for the elderly is oriented to care in their own space, with the provision of the necessary services and assistance. The research aimed to assess the perception of the quality of life of older people in non-institutional and institutional care. Three groups of participants (persons in the gerontology center, persons in the home for the elderly, persons in their household without the use of services) were compared. The sample covered 180 respondents divided into three subpopulations (60 persons - 30 men and 30 women). The results have shown that in the perception of the quality of life there are no statistically significant differences in the groups, although certain parts of the analysis by groups have shown significant differences. It is important to emphasize that in the frequency of feelings of sadness, despair, anxiety, and depression, persons in the institution (71.7%) and persons in their household (73.3%) are significantly higher concerning users of gerontological centers (6.7%). The aforementioned indicates that prevention of depression and improvement of the mental health of the elderly should be done, which affects the quality of life. Qualitative analysis has shown that the common problems of all the observed groups are insufficient financial support, inadequate health care services, too little rehabilitation services. Overall results have also demonstrated that the use of gerontology centers in the city of Zagreb is a quality form of non-institutional care for the elderly who needs to be continuously developed.

**Keywords:** gerontology center, institutions, elderly people, quality of life, services.

## **POVZETEK**

Kakovost življenja je mogoče oceniti z različnimi komponentami kot so materialni dosežki, zdravje, odnosi z drugimi, družbene dejavnosti in je ponavadi subjektivno določena, saj so za vsako osebo določeni segmenti ocene kakovosti različnega pomena. Staranje prebivalstva je danes nujno za prihodnji razvoj družbe, ki se sooča z uvedbo različnih sprememb. Sodobna oskrba starejših je usmerjena k skrbi v lastnem prostoru, z zagotavljanjem potrebnih storitev in pomoči. Namen raziskave je bil oceniti dožemanje kakovosti življenja starejših zunaj institucionalne in v institucionalnoj oskrbi. Primerjane so bile tri skupine udeležencov (osebe v gerontološkem centru, osebe v domu za starejše, osebe v lastnem gospodinjstvu brez uporabe storitev). V vzorec je bilo vključenih 180 udeležencov, razdeljenih v tri podvzorce (60 posameznikov - 30 moških in 30 žensk). Rezultati so pokazali da v percepciji kakovosti življenja ni statistično pomembne razlike v skupinah, čeprav so nekateri deli analize po skupinah pokazali pomembne razlike. Pomembno je poudariti, da so v pogostosti občutkov žalosti, obupa, tesnobe in depresije pri osebah v ustanovi (71,7%) in v lastnem gospodinjstvu (73,3%) bistveno višje vrednosti v primerjavi z uporabniki gerontoloških centrov (6,7%). To kaže da je treba storiti vse za preprečevanje depresije in izboljšanje duševnega zdravja starejših, kar vpliva na kakovost življenja. Kvalitativna analiza je pokazala, da so skupne težave vseh opazovanih skupin nezadostna finančna podpora, nezadostne zdravstvene storitve, pomanjkanje rehabilitacijskih storitev. Skupni rezultati so tudi pokazali, da je uporaba storitev gerontoloških centrov na območju Zagreba dobra oblika neinstitutionalne oskrbe starejših, ki jo je treba nenehno razvijati.

**Ključne besede:** gerontološki center, ustanove, starejši, kakovost življenja, storitve.

## SADRŽAJ

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>KVALITETA ŽIVOTA I OBLICI SKRBI</b> .....	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>STARENJE I KVALITETA ŽIVOTA</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1</b>	<b>Načela samoodređenja i autonomije starijih osoba</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2</b>	<b>“Age in place” model skrbi</b> .....	<b>15</b>
<b>3.3</b>	<b>Individualnost i rutina življenja starijih osoba</b> .....	<b>17</b>
<b>3.4</b>	<b>Percepcija kvalitete života starijih osoba</b> .....	<b>18</b>
<b>3.5</b>	<b>Poticanje skrbi u zajednici u urbanom i ruralnom prostoru</b> .....	<b>24</b>
<b>3.6</b>	<b>Formalni i neformalni oblici skrbi</b> .....	<b>26</b>
<b>3.7</b>	<b>Aktivno i zadovoljno starenje u zajednici</b> .....	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>ISTRAŽIVAČKI DIO</b> .....	<b>45</b>
<b>4.1</b>	<b>Svrha i cilj istraživanja</b> .....	<b>45</b>
<b>4.2</b>	<b>Istraživačka pitanja i hipoteze</b> .....	<b>46</b>
<b>4.3</b>	<b>Istraživačka metodologija</b> .....	<b>46</b>
	4.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka .....	46
	4.3.2 Opis instrumenta.....	47
	4.3.3 Opis uzorka.....	48
	4.3.4 Opis obrade podataka .....	49
	4.3.5 Pretpostavke i ograničenja u rješavanju problema istraživanja.....	53
	4.3.6 Opis očekivanog doprinosa disertacije .....	54
<b>5</b>	<b>REZULTATI</b> .....	<b>53</b>
<b>5.1</b>	<b>Rezultati deskriptivne obrade podataka</b> .....	<b>53</b>
<b>5.2</b>	<b>Kvalitativna analiza podataka po skupinama</b> .....	<b>114</b>
<b>6</b>	<b>RASPRAVA</b> .....	<b>125</b>
<b>7</b>	<b>ZAKLJUČAK</b> .....	<b>157</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>161</b>

## **PRILOZI**

**Prilog A: Dozvola Gradskog ureda za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom**

**Prilog B: Dozvola SZO za korištenje upitnika WHOQOL- BREF**

**Prilog C: Dozvola Etičkog povjerenstva Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“**

**Prilog D: Anketni upitnik**

**IZJAVA O AUTORSTVU**

**IZJAVA LEKTORA**



## POPIS TABLICA I GRAFIKONA

Tablica 1: Prikaz domena u upitniku WHOQOL–BREF .....	48
Tablica 2: Prikaz podjele po spolu u skupinama .....	53
Tablica 3: Prikaz podjele dobi u skupinama.....	54
Grafikon 1: Prikaz podjele dobi u skupinama .....	54
Tablica 4: Prikaz obrazovanja po skupinama .....	55
Tablica 5: Prikaz bračnog stanja po skupinama .....	55
Grafikon 2: Prikaz bračnog stanja u skupinama.....	56
Tablica 6: Prikaz odgovora s kime ispitanici trenutno žive po skupinama .....	56
Grafikon 3: Prikaz s kime ispitanici trenutno žive po skupinama.....	57
Tablica 7: Prikaz odgovora o mjestu gdje ispitanici žive.....	57
Tablica 8: Prikaz materijalnog stanja u skupinama .....	58
Tablica 9: Prikaz mjesečnog prihoda u skupinama .....	59
Tablica 10: Prikaz zdravstvenog stanja u skupinama.. .....	59
Tablica 11: Pokretnost/samostalnost u skupinama.....	60
Tablica 12: Prikaz ocjene kvalitete života u skupinama.....	61
Tablica 13: Prikaz zadovoljstva zdravljem po skupinama .....	61
Tablica 14: Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?.....	62
Tablica 15: U kojoj mjeri Vam je potrebna medicinska pomoć za svakodnevni život? .....	62
Tablica 16: Koliko uživate u životu?.....	63
Tablica 17: Smatrate li da Vaš život ima smisla?.....	63
Tablica 18: Koliko se dobro možete koncentrirati?.....	64
Tablica 19: Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?.....	64
Tablica 20: Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?.....	65
Tablica 21: Imate li dovoljno energije za svakodnevni život? .....	66
Grafikon 4: Prikaz odgovora na pitanje o posjedovanju energije za svakodnevni život .....	66
Tablica 22: Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled.....	67
Tablica 23: Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu? .....	67
Tablica 24: Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne za svakodnevni život? .....	68
Tablica 25: Koliko mogućnosti imate za slobodne aktivnosti?.....	69

Grafikon 5: Prikaz odgovora o mogućnostima slobodnih aktivnosti po skupinama.....	69
Tablica 26: Koliko se dobro snalazite u okolini?.....	70
Tablica 27: Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?.....	70
Tablica 28: Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti? .....	71
Tablica 29: Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću za rad?.....	72
Tablica 30: Koliko ste zadovoljni samim sobom? .....	72
Tablica 31: Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima? .....	73
Tablica 32: Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?.....	74
Grafikon 6: Prikaz odgovora o zadovoljstvu seksualnim životom .....	74
Tablica 33: Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?.....	75
Tablica 34: Koliko ste zadovoljni uvjetima mjesta u kojem živite? .....	75
Tablica 35: Koliko ste zadovoljni blizinom zdravstvenih ustanova?.....	76
Tablica 36: Koliko ste zadovoljni javnim prijevozom? .....	76
Tablica 37: Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?.....	77
Tablica 38: Analiza korištenja usluga gerontoloških centara.....	78
Grafikon 7: Prikaz načina dobivanja informacija o uslugama gerontološkog centra .....	79
Grafikon 8: Prikaz duljine korištenja usluga gerontološkog centra .....	79
Grafikon 9: Prikaz perioda uključenja u korištenje usluga .....	80
Grafikon 10: Prikaz broja usluga koje ispitanici koriste .....	80
Tablica 39: Prikaz odgovora o korištenju usluga, procjeni zadovoljstva i kvalitete života i dostupnosti informacija .....	81
Grafikon 11: Prikaz odgovora koliko često se koriste usluge u gerontološkom centru.....	82
Grafikon 12: Prikaz zadovoljstva ispitanika - korisnika usluga gerontološkog centra .....	82
Grafikon 13: Prikaz percepcije kvalitete života od kada se koriste usluge .....	83
Grafikon 14: Prikaz odgovora o dostupnosti informacija u zajednici.....	83
Tablica 40: Deskriptivna analiza podataka prema domenama kvalitete života .....	84
Tablica 41: ANOVA .....	85
Grafikon 15: Prikaz fizičkog zdravlja po skupinama.....	86
Grafikon 16: Prikaz psihičkog zdravlja po skupinama .....	86
Grafikon 17: Prikaz društvenih odnosa po skupinama.....	87
Grafikon 18: Prikaz utjecaja okoline po skupinama .....	87
Tablica 42: Deskriptivna analiza podataka .....	88

Tablica 43: t-test .....	88
Tablica 44: Deskriptivna analiza podataka.....	89
Tablica 45: ANOVA.....	90
Tablica 46: Tukey HSD .....	91
Tablica 47: Deskriptivna analiza podataka.....	92
Tablica 48: ANOVA.....	93
Tablica 49: Deskriptivna analiza podataka.....	94
Tablica 50: ANOVA.....	95
Tablica 51: Tukey HSD .....	96
Tablica 52: Deskriptivna analiza podataka.....	97
Tablica 53: t-test .....	97
Tablica 54: Deskriptivna analiza podataka.....	98
Tablica 55: t-test .....	99
Tablica 56: Deskriptivna analiza podataka.....	100
Tablica 57: t-test .....	100
Tablica 58: Pearsonov koeficijent korelacije.....	101
Tablica 59: Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	102
Tablica 60: Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	102
Tablica 61: Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	103
Tablica 62: Koliko uživate u životu i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	104
Tablica 63: Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije.....	105
Tablica 64: Smatrate li da Vaš život ima smisla i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije.....	105
Tablica 65: Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	106
Tablica 66: Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	107
Tablica 67: Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije.....	107

Tablica 68: Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije.....	108
Tablica 69: Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije ...	109
Tablica 70: Koliko ste zadovoljni samim sobom i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	109
Tablica 71: Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije .....	110
Tablica 72: Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije.....	111
Tablica 73: Spol i učestalost negativnih misli, loše volje, očaja, tjeskobe i depresije.....	112
Tablica 74: Dob i učestalost negativnih misli, loše volje, očaja, tjeskobe i depresije .....	112
Tablica 75: Obrazovanje i učestalost negativnih misli, loše volje, očaja, tjeskobe i depresije .....	113
Tablica 76: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje koji problemi utječu na njihovo zadovoljstvo i kvalitetu života.....	115
Tablica 77: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje što bi trebalo poduzeti za poboljšanje njihove kvalitete života.....	117
Tablica 78: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje koji problemi utječu na njihovo zadovoljstvo i kvalitetu života.....	119
Tablica 79: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje što bi trebalo poduzeti za poboljšanje njihove kvalitete života.....	120
Tablica 80: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje koji problemi utječu na njihovo zadovoljstvo i kvalitetu života.....	122
Tablica 81: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje što bi trebalo poduzeti za poboljšanje njihove kvalitete života.....	123

# 1 UVOD

Kvaliteta života može se procjenjivati kroz različite komponente kao što su materijalna postignuća, zdravlje, odnosi s drugima, društvene aktivnosti i najčešće je subjektivno određena jer su za svaku osobu pojedini segmenti procjene kvalitete različito važni. Uz velik broj teorija koje danas objašnjavaju kvalitetu života, još uvijek ne postoji jedinstvena teorija. Prema jednoj od teorija kvaliteta života je ukupno blagostanje spojeno objektivnim i subjektivnim vrednovanjem fizičkog, emotivnog, socijalnog i materijalnog blagostanja, uključuje osobni razvoj i svrsishodnu aktivnost, sve zajedno promatrano kroz vlastiti sustav vrijednosti pojedinca (Felce i Perry 1995, 51). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao individualnu percepciju osobne pozicije u kulturološkom i društvenom sustavu u okruženju pojedinca (World Health Organization 1998, 551-558). Značajan broj autora naglašava osobnu prirodu kvalitete života (O'Boyle 1994, 3-11) pa se smatra da se kvaliteta života odražava u diferencijaciji između očekivanja i želja pojedinca te njegovog stvarnog iskustva. Koristeći analize brojnih studija i definicija kvalitete života, Cummins dokazuje da se u većini istraživanja javlja sedam osnovnih područja: zdravlje, emocionalna dobrobit, materijalno blagostanje, bliski odnosi s drugim ljudima (obitelj, prijatelji, značajne osobe), produktivnost, društvena zajednica i sigurnost (Cummins 1996, 55-72). Prema Gilleardu (1999) mjerenjem kvalitete života potrebno je utvrditi pojedinačne potrebe osobe, što je moguće ispitivanjem funkcionalne sposobnosti, emocionalnog i kognitivnog stanja te socijalnog i materijalnog stanja. R. Cummins u svojim radovima također definira da kvaliteta života podrazumijeva objektivnu i subjektivnu cjelinu te je stoga u procjeni kvalitete života važno promatrati niz čimbenika koji na nju utječu (Cummins 2000, 55-72; 2012, 101-111). Velik broj autora kao najveći problem novijih programa skrbi za starije osobe navodi usklađivanje pružanja socijalnih i zdravstvenih usluga skrbi (Newcomer idr. 2002, 851-852; Tomas idr. 2012, 317; Bryła idr. 2013, 195).

Starenje populacije danas je imperativ budućeg razvoja društva koje je neminovno suočeno s uvođenjem različitih promjena. Postojeće demografske činjenice izazivaju veliki ekonomski i socijalni pritisak te zahtijevaju promjenu na tržištu rada, promjenu u korištenju usluga medicinske zaštite i strukturi socijalne sigurnosti, usklađivanje prihoda i rashoda na godišnjoj razini kako bi sustavi bili dugoročno održivi (Tomek-Roksandić idr. 2005, 2; Bađun 2017, 19-39).

Bađun u svom istraživanju također prikazuje nemogućnost da korisnici sami financiraju troškove domova i navodi da samo petina osoba u privatnim domovima može snositi trošak smještaja, dok u državnim domovima taj postotak iznosi 45%. Hrvatska populacija ubrzano stari, smanjuje se broj potencijalnih pružatelja neformalne skrbi uslijed smanjenog broja djece u obitelji, povećava se broj razvoda i samačkih kućanstava i veća je uključenost ženske populacije na tržištu rada. Sve to ukazuje da će potražnja za dugotrajnim smještajem u domovima socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe kontinuirano rasti. Cijena smještaja u državnim domovima nešto je niža od cijene u privatnim domovima, no sve je više starijih osoba u populaciji koje zbog niskih mirovina ne mogu snositi troškove te će vjerojatno na određeni način biti prisiljeni prodati svoju imovinu kako bi financirali vlastite troškove života. Cilj bi trebao biti da smještaj u državnim domovima dobiju oni koji doista nemaju drugo rješenje i da se smanje liste čekanja, a država sudjeluje u plaćanju cijene smještaja samo za financijski najugroženije (Bađun 2017, 19-43). Skrb za starije osobe i vođenje skrbi zajedno s politikom i istraživanjem igraju ključnu ulogu u odgovoru na sve veće izazove u institucijskoj skrbi za starije ljude. Budućnost starenja u Europi osmišljena je u suradnji između istraživača, kreatora politike, praktičara, poslovnih ljudi i starijih ljudi, a također postavlja i neka važna pitanja za budućnost institucijskih istraživanja u skrbi o starijim osobama (FuturAge 2013, 1-19). Procjena Europske komisije (European Commission 2015b, 328-330) je da je skrb za starije osobe u okviru obitelji u RH veća od prosjeka EU; čak 17 % osoba starosti od 35 do 49 godina brine o svojim starijim članovima obitelji nekoliko puta tjedno. Odgovornost obitelji u dobrobiti za starije leži i u samom Ustavu RH<sup>1</sup> (NN 56/90, čl. 64). Koliko je raširena neformalna skrb govori i činjenica da je samo oko 2 % hrvatskog stanovništva starijeg od 65 godina smješteno u domove za starije i nemoćne osobe (MSPM<sup>2</sup> 2013a). Važna je činjenica da se starije osobe teško odlučuju na promjenu sredine u kojoj borave. Razlozi za to mogu biti u nedovoljnoj psihološkoj sigurnosti, strahu od nepoznatoga, nespemnosti na promjene (Tomek-Roksandić idr. 2005, 1-8). Novi oblici skrbi za starije postaju sve veći trend u zbrinjavanju starijih osoba u odnosu na klasične oblike skrbi u institucijama. Kokkonen i suradnici, u usporedbi institucijske skrbi i upravljanja istom te izazova upravljanja, navode da još uvijek postoji prostor za istraživanje i usklađivanje načina skrbi s uspješnim poslovnim potezima i upravljanjem institucijama na dobrobit starijih osoba, ali i društva u cjelini (Kokkonen idr. 2012, 1-15).

---

<sup>1</sup> „Djeca su dužna brinuti se za stare i nemoćne roditelje.“

<sup>2</sup> Ministarstvo socijalne politike i mladih

U Republici Hrvatskoj domovi socijalne skrbi za starije i nemoćne osobe osnivaju se prema Zakonu o socijalnoj skrbi (NN 157/2013; 152/2014). Oni pružaju institucijsku skrb, ali i mogućnost cjelodnevnog ili poludnevnog boravka, stručne pomoći u obitelji te pomoć i njegu u kući (Bađun 2017, 23). Prema podacima Ministarstva socijalne politike i mladih (MSPM 2015a, 2015b) u Republici Hrvatskoj postoje ukupno 144 doma za smještaj starijih i nemoćnih osoba (u državnom i privatnom vlasništvu) koji svojim kapacitetima ne zadovoljavaju postojeću potrebu starije populacije za zadovoljavanjem potrebe za uslugama pomoći. To upućuje na važnost preispitivanja i pronalaženja novih oblika skrbi o starijim osobama, posebice onih koji se odvijaju u njihovim domovima.

Iz podataka Državnog zavoda za statistiku proizlazi da 24,23% stanovnika starih 65 i više godina u Republici Hrvatskoj živi u samačkim kućanstvima, od čega žene čine 77,50%. Najveći udio samačkih kućanstava ima stara dobna skupina (30,9%), zatim srednja (28,57%) i mlađa (20,28%). U bračnoj ili izvanbračnoj zajednici živi 49,43% osoba starih 65 i više godina, pri čemu žene čine 41,39%. U institucionalnim kućanstvima je 2,86%, a institucijama za starije 2,38% stanovništva starog 65 i više godina. Žene u institucijama za starije sudjeluju sa 75,55% (DZS<sup>3</sup> 2013, 13-16). Usluge iz programa “Pomoć u kući starijim osobama” i “Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama” dostupne su starijim osobama u 160 jedinica lokalne samouprave neravnomjerno raspoređene diljem Hrvatske, što je još uvijek nedovoljno s obzirom na to da RH ima 572 jedinice lokalne samouprave. Prema dostupnim podacima, usluge iz ovih programa pružaju se starijim osobama koje žive u samačkim kućanstvima i u blizini nemaju djecu ili skrbnika, osobama teže narušenog zdravstvenog stanja i niskog socioekonomskog statusa, osobama u riziku od socijalne isključenosti i siromaštva. Programima se pružaju različite socijalne usluge kao što su organizacija prehrane, pomoć u obavljanju kućanskih poslova, pomoć u održavanju osobne higijene i osnovna zdravstvena njega, posredovanje u ostvarivanju prava, razgovori i druženje te sudjelovanje korisnika i ostalih starijih osoba iz lokalne zajednice u različitim aktivnostima u sklopu dnevnog boravka. Programi se provode na temelju Ugovora o suradnji između Ministarstva i jedinica lokalne i/ili područne (regionalne) samouprave, a financiraju se iz državnog proračuna te iz proračuna jedinica lokalne i/ili područne (regionalne) samouprave. Usluge iz programa “Pomoć u kući starijim osobama” i “Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama” pružaju se, prema podacima iz 2012. godine, za 15.550 osoba, odnosno 2,1% od ukupnog broja starijih

---

<sup>3</sup> Državni zavod za statistiku

osoba (DZS 2013, 13-17). Rezultati pilot-projekta Programa pomoći starijim osobama, kojeg je 2002. godine proveo Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži na području Vukovarsko-srijemske županije na uzorku od 164 ispitanika, pokazali su da program značajno pridonosi poboljšanju kvalitete života starijih i nemoćnih osoba te je olakšao zadovoljavanje mnogih potreba (Bouillet 2003, 331-332). Prema V. Puljizu (2005) starenje se sagledava s različitih aspekata socijalne politike: financijskih troškova, preraspodjele nacionalnog dohotka, smanjenja socijalnih nejednakosti i sl. Sagledavajući demografske promjene, ne može se ignorirati utjecaj starenja na socijalne, ekonomske i društvene segmente. Povećanje troškova koje prema Puljizu (2005) slijedi promjenom strukture stanovništva dovodi do promjena bruto nacionalnog dohotka (BDP<sup>4</sup>) zbog povećanog udjela mirovinskih i zdravstvenih troškova. S druge strane, zbog velikog broja umirovljenih osoba, oni će u budućnosti predstavljati i veliko glasačko tijelo koje će utjecati na javnu politiku. Svaka društvena zajednica, sukladno tome, mora temeljito sagledati sve aspekte troškova usluga u skrbi za starije osobe. Također, aktivno starenje koje se danas potiče podrazumijeva produljenje radnog vijeka, cjeloživotno obrazovanje i sudjelovanje u kulturnom i društvenom životu (Puljiz 2005, 89-95).

Psihološko blagostanje i zdravlje usko su povezani u starijim godinama. Mogu se razlikovati tri aspekta psihološkog blagostanja: evaluacijsko blagostanje (životno zadovoljstvo), hedonističko blagostanje (osjećaji sreće, tuga...) i eudemonско blagostanje (smisao svrhe i značenja u životu) (Steptoe idr. 2015, 640–648). Odnos između fizičkog zdravlja i subjektivnog blagostanja je dvosmjernan. Starije osobe koje pate od bolesti kao što su koronarna srčana bolest, artritis i kronična bolest pluća pokazuju i povećanu razinu deprimiranog raspoloženja i narušenu hedoniku i eudemonsku dobrobit. Dobrobit također može imati zaštitnu ulogu u održavanju zdravlja. U analizama engleske longitudinalne studije starenja nalazi se da je eudemonско blagostanje povezano s duljim preživljavanjem te se zaključuje da je dobrobit starijih osoba važan cilj i za ekonomsku i zdravstvenu politiku (Steptoe idr. 2015, 640–648).

Kad se govori o uspješnom starenju, postavlja se pitanje što ono donosi i koje su to neovisne ili ovisne, subjektivne ili objektivne dimenzije koje na uspješno starenje utječu. U literaturi se spominju različiti čimbenici kao što su bračno stanje, spol, obrazovanje, ali i zdravstveno stanje te socijalna podrška.

---

<sup>4</sup> Bruto domaći proizvod



Pruchno i suradnici u svom istraživanju najviše povezuju zdravstveno stanje i socijalnu podršku koji, prema njihovim dobivenim rezultatima, imaju najveći utjecaj na uspješno starenje, bez obzira što tijekom starenja različite komponente imaju različitu subjektivnu važnost za starije osobe (Pruchno idr. 2010, 821-833). Uspješno starenje prema njima je višedimenzionalni konstrukt koji ima objektivne i subjektivne dimenzije, ali i omogućava veće razumijevanje promjenjivih aspekata uspješnog starenja tijekom niza godina. Objektivni kriteriji, kao što su odsutnost kronične bolesti i održavanje funkcionalne sposobnosti, važne su komponente uspješnog starenja (Pruchno idr. 2010, 821-833).

Trenutačne psihološke i ekonomske teorije neadekvatno uzimaju u obzir varijacije dobrobiti s godinama u različitim dijelovima svijeta. Istraživanje psihološke dobrobiti i zdravlja u starijoj dobi još je u ranoj fazi. Unatoč tome dobrobit starijih osoba važna je, a postoje sugestivni dokazi da su životno zadovoljstvo, osjećaj sreće i smisao svrhe i značenja u životu važni za zdravlje i kvalitetu života ljudi u starijoj dobi. Sustavi zdravstvene skrbi trebali bi biti usmjereni ne samo na bolest i invalidnost, već i na potpore za poboljšanje pozitivnih psiholoških stanja (Stephoe idr. 2015, 640-648). Mnogi čimbenici utječu na poticanje zdravog starenja kroz zajednički cilj maksimiziranja funkcionalne sposobnosti. Taj se cilj može postići na dva načina: izgradnjom i održavanjem unutarnjih sposobnosti i omogućavanjem da se netko s određenom razinom unutarnje sposobnosti uključi u stvari koje su mu osobno važne (Beard idr. 2016, 2145-2154). Preporuka je razviti sustave za dugoročnu skrb. U 21. stoljeću nema zemlje koja si može dopustiti da ne posjeduje cjelovit sustav dugoročne skrbi. Cilj tih sustava trebao bi biti održavanje razine funkcionalne sposobnosti kod starijih ljudi koji imaju ili su izloženi visokom riziku značajnih gubitaka kapaciteta i osiguranje da su skrb i podrška u skladu s njihovim temeljnim pravima, temeljnim slobodama i ljudskim dostojanstvom (Beard idr. 2016, 2145-2154). Svatko bi trebao imati priliku starjeti u dobrom okruženju, a aktivnosti su uglavnom podijeljene u nekoliko kategorija: ispunjavanje osnovnih potreba; učenje, razvijanje i donošenje odluka; izgradnja i održavanje odnosa i davanje vlastitog doprinosa u zajednici. Napredak na zdravom starenju trebat će usredotočeni napor da se prevladaju glavni nedostaci znanja i istraživanja koji trenutno postoje. Ovi nedostaci uključuju nedostatak konsenzusa o tome kako definirati, mjeriti i analizirati ključne pojmove kao što su: isključivanje starijih ljudi iz mnogih istraživanja stanovništva, pa čak i iz kliničkih ispitivanja za tretmane za koje će biti glavni primatelji te ekonomske analize koje ne uzimaju u obzir doprinose koje stari ljudi čine u društvu (Beard idr. 2016, 2145-2154).

## 2 KVALITETA ŽIVOTA I OBLICI SKRBI

Prema istraživanju koje su proveli Žganec, Rusac, Laklija (2008) neophodno je osmisliti nove trendove zbrinjavanja starijih osoba s naglaskom na njihovoj većoj društvenoj aktivnosti u cjelini, posebice na uključivanju starijih osoba u donošenje odluka na lokalnoj razini (Žganec idr. 2008, 185-186). Ako se potiče ostanak starijih osoba u njihovoj sredini, potrebno je ispitati prostorne i stambene uvjete u kojima stariji ljudi žive. Istraživanje koje je proučavalo stambene uvjete starijih osoba ustanovilo je mnogo nedostataka i neprilagođenosti stambenog prostora (Castle idr. 2009, 44-50).

Kod istraživanja kvalitete života i usluga skrbi (Despot Lučanin idr. 2005, 810) funkcionalna sposobnost ispitanika se pokazala vrlo dobrom, što je značilo da su neovisni u svojim aktivnostima i obavljaju ih bez pomoći. Ono što im je najvažnije to su zdravstvene usluge koje su im i najdostupnije. Značajno je i to da ispitanici pokazuju malo potreba za drugim uslugama u zajednici, primjerice pomoći u kući, a s druge strane te su usluge i najmanje dostupne prema njihovoj procjeni (Despot Lučanin idr. 2005, 810). Autori objašnjavaju dobiveni rezultat prilagođavanjem starijih osoba na uvjete u kojima žive, bez značajne potražnje za određenim uslugama u zajednici koje i tako procjenjuju slabo dostupnima (Despot Lučanin idr. 2005, 811). Samoprocjena prema tome igra veliku ulogu u definiranju kvalitete života, kao i u poboljšanju iste. Slično istraživanje na nešto manjem broju ispitanika (1262) u četiri područja RH utvrdilo je da se prema područjima također najviše razlikuju dostupnost usluga skrbi i socijalna podrška (Petрак idr. 2006, 37-48). Rezultati prikaza zadovoljstva životom pokazali su da stariji ljudi nisu nezadovoljni, ali ni posebno zadovoljni. Pri tome je uočeno da je usluga skrbi relativno slaba, ali osobe ne pokazuju potrebu za istom. Navedeno je prema autorima moguće iz nekoliko razloga: stariji ljudi su vjerojatno osjetljiviji od mlađih, razvijaju nepovjerenje prema nepoznatima pri čemu ne koriste dostupne usluge. Skrb je također bila različito dostupna u odnosu na pojedina područja i neki dijelovi imaju bolje razvijen sustav skrbi (grad Zagreb, Slavonija) u odnosu na primjerice Istru. Stoga je vidljivo da u nekim dijelovima RH još uvijek nije oživjela kvalitetna skrb za starije osobe. Za starije osobe izuzetno je važna ravnoteža između neovisnosti i povezanosti kako bi mogle uživati slobodu pojedinca, a istovremeno osjećati zaštićenost u suočavanju s vlastitim ograničenjima (Baars idr. 2010, 7). Program izvaninstitucijske skrbi za starije osobe po njihovim utvrđenim socijalno-zdravstvenim potrebama u Republici Hrvatskoj trenutno osiguravaju gerontološki centri.

Gerontološki centar je izvaninstitucijski oblik skrbi koji osigurava dnevni boravak za starije, trajnu tjelesnu, psihičku i okupacijsko-rehabilitacijsku aktivnost uz svakodnevno poučavanje o zdravom i produktivnom starenju (Tomek-Roksandić idr. 2004, 177-193). Takvim pristupom djelatnost gerontoloških centara omogućuje što duži ostanak starije osobe u vlastitoj sredini uz zadovoljavanje njenih potreba. Najveći udio starijih osoba želi ostati u vlastitom kućanstvu. U skladu s tim, gerontološki centar u skrbi za starije osobe kroz svoju interdisciplinarnu djelatnost osigurava dostupnost i učinkovitost primjerenog programa primarne, sekundarne i tercijarne prevencije za starije. Djelatnošću gerontološkog centra dolazi do izražaja i povezanost mladih i starijih uz primjenu iskoristivog potencijala starijih osoba u prijenosu vještina, znanja i umijeća osiguranjem gerontoservisa u kojima funkcionalno sposobni stariji ljudi aktivno sudjeluju iskustvenim prijenosom iz područja svojih specijaliziranih struka na mlađe dobne skupine (Tomek-Roksandić idr. 2004, 177-193). Trenutno se gerontološki centri u RH nalaze u sklopu institucijske skrbi za starije osobe. Važno je, ako postoje potrebe za izvaninstitucijskom skrbi za starije u lokalnoj zajednici, osigurati različite vidove djelatnosti gerontoloških centara pa i kroz privatne oblike ovih usluga (Tomek-Roksandić idr. 2004, 177-193). Starenje populacije danas je pogođeno važnim gospodarskim, socijalnim i zdravstvenim problemima. Svjetska zdravstvena organizacija svjesna je tih problema i ukazuje na potrebu pokretanja aktivnosti kako bi starije osobe bile stalno uključene u društveni život čime bi se kod njih spriječilo negativno zdravlje, mentalne i socijalne teškoće. Brojne usluge i programi u zajednici uspostavljaju se kako bi se omogućilo održavanje kvalitete života, ostavljajući mogućnost ostanka u vlastitom domu i bliskoj zajednici. Praćenje dostupnosti, kvalitete i raširenosti ovih usluga postaje prioritet u društvu. To je posebice važno za razumijevanje sadašnjeg sustava usluga i postavljanje budućih izazova zadovoljavanja usluga i kvalitete života starijih osoba. Praćenje postojećih utvrđenih i evaluiranih zdravstvenih potreba starijih osoba prioritetni je gerontološki javnozdravstveni program. Za individualnu stariju osobu zdravstvene se potrebe zadovoljavaju s udjelom od 68% u gerontološkim centrima izvaninstitucijske skrbi za starije u lokalnoj zajednici gdje žive, jer je svaka peta starija osoba u Republici Hrvatskoj ovisna o tuđoj pomoći, odnosno socijalno-medicinskoj skrbi (Tomek-Roksandić idr. 2004, 22-24).

Istraživanja provedena u Republici Hrvatskoj najviše se odnose na procjenu kvalitete života u institucijskoj skrbi, primjerice istraživanje provedeno 2010. godine u domovima za starije i nemoćne u gradu Zagrebu na uzorku od 250 osoba, prema kojem se utvrdilo da je kvaliteta života povezana s percepcijom ocjenjivanja kvalitete usluga u domu, a u

cijelosti se subjektivna i objektivna procjena kvalitete života pokazala osrednjom (Lovreković i Leutar 2010, 55-79). Istraživanje koje je provedeno 2005. godine u RH o kvaliteti starenja kroz samoprocjenu zdravlja i potreba za uslugama skrbi u zajednici na uzorku od 2911 starijih osoba uz korištenje ljestvica samoprocjene zdravlja, zadovoljstva životom, potrebama i dostupnosti usluga skrbi u zajednici pokazalo je da se dobivanjem adekvatnih informacija mogu predviđati i planirati usluge skrbi u zajednici u svrhu poboljšanja kvalitete života starijih osoba (Despot Lučanin idr. 2005, 810-811). Iako se u navedenom istraživanju najviše uspoređivala samoprocjena zdravlja s kvalitetom života i uslugama skrbi, ono je vrijedan pokazatelj da subjektivna procjena više čimbenika može prikazati osjećaj zadovoljstva i kvalitete života starijih osoba, koji u konačnici omogućava smjer djelovanja i organizacije skrbi u zajednici.

Studija (Wiles idr. 2011, 357-366) koja je ispitala kako starije osobe percipiraju starenje u mjestu u kojem žive, utvrdila je da su starije osobe shvatile taj koncept kao da imaju izbor o vlastitim životnim aranžmanima, dobrom pristupu uslugama i sadržajima, održavanju društvenih veza i interakcije među lokalnim stanovnicima, osjećaju se sigurno kod kuće i u zajednici te imaju osjećaj neovisnosti i autonomije. Premještanje znači izgubiti društvene odnose, promijeniti svakodnevnu rutinu i stil života, ostaviti za sobom osobne stvari koje se ne mogu ponijeti zbog malih prostora u stambenim jedinicama i gubitak neovisnosti. Clarity (2007) je utvrdio da se 26% ljudi koji su se bojali odlaska u dom za starije najčešće bojalo gubitka neovisnosti. Nacionalno vijeće za starenje i skrb o starijim osobama u Irskoj istaknulo je četiri područja kvalitete života u dugotrajnoj skrbi: samostalnost i autonomnost stanovnika, sposobnost starijih osoba da održavaju svoj osobni identitet i osjećaj samopoštovanja, sposobnost održavanja povezanosti, društvenih odnosa i društvene mreže unutar i izvan nje, i angažiranje starijih osoba u značajnim aktivnostima (Murphy idr. 2014, 15). Kako bi se promicala kvaliteta života starijih osoba, istraživanje se zalaže da ustanove za dugotrajnu skrb trebaju usvojiti određeni etički standard skrbi koji uključuje starije osobe kao ravnopravne partnere u vlastitoj skrbi, omogućuje starijim osobama izbor, potiče samodostatnost, fokusira se na skrb usmjerenu na osobe, omogućava osobama da žive što je više moguće na način sličan njihovom životu u vlastitim domovima (Murphy idr. 2014, 15-16).

Prema longitudinalnoj studiji u Engleskoj zajednica i bliskost u zajednici dokazano ne potiču, ali i ne potiskuju osjećaj pripadnosti ili bliskosti kod starijih osoba, no očito utječu na osjećaj zadovoljstva i dobrobiti u trećoj životnoj dobi. Više od 65% ispitanika osjećalo je pripadnost i privrženost zajednici u kojoj žive, nešto manje su tu privrženost osjećali

pripadnici dobi od 80 godina za razliku od pripadnika dobi od 70 godina (Gilleard idr. 2007, 597-603). Longitudinalna studija u Kanadi u trajanju od šest godina pratila je odnos između svakodnevnih aktivnosti i pokazatelja uspješnog starenja, odnosno dobrobiti, funkcioniranja i smrtnosti. Veća ukupna aktivnost bila je povezana s većom srećom, boljom funkcijom i smanjenom smrtnošću. Različite aktivnosti odnosile su se na različite mjere ishoda, ali općenito, društvene i produktivne aktivnosti bile su pozitivno povezane sa srećom, funkcijom i smrtnošću, dok su se samostalne aktivnosti (npr. ručni hobiji) odnosile samo na sreću. Istraživanje je pokazalo važnost aktivnosti u uspješnom starenju. Rezultati također sugeriraju da različite vrste aktivnosti mogu imati različite koristi (Menec 2003, 74-82).

Velika studija koja je provedena u šest europskih zemalja (Švedskoj, Velikoj Britaniji, Nizozemskoj, Luksemburgu, Austriji i Italiji) i uključivala 7699 ljudi u dobi od 60 do 89 godina pokazala je da su društveni kontakti, slabi financijski resursi, slabo zdravstveno stanje i samopoštovanje važni čimbenici u ostvarivanju ili neostvarivanju zadovoljstva životom (Fagerstrom idr. 2007, 45-50). Sposobnost obavljanja aktivnosti svakodnevnog života i opseg društvenih kontakata najveći su rizični čimbenici za slabo zadovoljstvo životom u svih šest europskih zemalja. Važnost zadovoljavajućih društvenih kontakata, financijskih resursa, samopoštovanja i osjećaja ometenih zdravstvenim problemima čini se univerzalnim u šest uključenih zemalja i stoga je važno usmjeriti se na preventivne intervencije (Fagerstrom idr. 2007, 45-50).

Studija provedena na Tajvanu koja se bavila istraživanjem učinka unutarnje prilagodbe i vanjskih resursa na psihološku dobrobit starijih osoba s invaliditetom prikazala je da su unutarnji resursi osobe daleko jači u različitim prilagodbama. Podatci su prikupljeni putem intervjua s 563 fizički invalidne starije osobe, uključujući osobe u institucijama i one koje žive u zajednici. Pretpostavljalo se da su interni resursi (strategije suočavanja i samoupravljanja zdravljem) i vanjski resursi (socijalna podrška i podrška okoline) povezani s teškoćama prilagodbe u invalidnosti i imaju daljnji utjecaj na depresivne simptome i zadovoljstvo životom (Hui-Chuan i Tung 2010, 851-860). Strategije suočavanja s prihvaćanjem i djelovanjem bile su korisne u procesu prilagodbe i psihološkom blagostanju, a samoupravljanje zdravljem pozitivno je povezano s uspješnom prilagodbom. Socijalna podrška i podrška okoline bile su korisne u prilagodbi i psihološkom blagostanju, iako su učinci bili skromni. Općenito, učinak unutarnjih resursa bio je veći od vanjskih resursa za prilagodbu i psihološku dobrobit.

Pozitivno suočavanje i samoupravljanje, kao i korištenje vanjskih resursa pozitivni su pokazatelji uspješne prilagodbe. Starije osobe s invaliditetom trebalo bi poticati u pozitivnom stavu prema invaliditetu, a vanjski resursi također bi trebali biti izgrađeni kako bi ih podržali (Hui-Chuan i Tung 2010, 851-860).

Koncept “biti kao doma” ne samo da označava disocijaciju od institucijskih pojmova i obilježja, već i simbolizira određene osobine. Dom predstavlja dobro mjesto, za razliku od institucije koja je sinonim za zlo mjesto (Bergh 1996, 121). Značenje “institucijsko” nasuprot “kućno” može biti sažeto slijedeći binarnu suprotnost: sterilna - *ugodna*; opasnost - *sigurnost*; umjetno - *prirodno*, autentično; autoritet, disciplina - *samoodređenje, sloboda izbora*, integritet, gdje se ukošeni pojmovi ističu kao kućno orijentirani. Koncept poziva na povjerenje u integritet, samoodređenje, slobodu izbora, odnosno koncept politike blagostanja. Dom koji se treba rekonstruirati je “normalni” dom, dom za koji se pretpostavlja da su ga svi doživjeli ili su ga barem svjesni. Unatoč pokušajima izgradnje domaće atmosfere, većina ispitanika bila je nesigurna u to jesu li stanari zapravo iskusili instituciju kao domaći prostor. Mnogi su mišljenja da je to samo stanarski prostor (sve dok se ne dijeli s drugima) s osobnim stvarima koje mogu biti domaće. Svatko je očigledno svjestan da institucija nikad ne može biti poput kuće u normativnom smislu te riječi (Lundgren 2000, 109-120).

Istraživanje socijalne podrške kao pokazatelja voljenosti, skrbi, cijenjenosti i komunikacijske povezanosti provedeno u Indiji 2014. godine na uzorku od 200 ispitanika u neinstitucijskoj skrbi i 137 ispitanika u instituciji pokazalo je da su osobe u neinstitucijskoj skrbi procjenjivale razinu socijalne podrške višom od osoba u instituciji. Razlog visoke socijalne podrške kod osoba izvan institucije autori su povezali s bračnim statusom, nastavkom posla nakon umirovljenja te uključenjem u razne društvene klubove. Socijalna podrška osobe prikazuje kako socijalna okolina ili podrška značajnih drugih osoba može imati utjecaj na pojedinčevu dobrobit. Subjektivna podrška može utjecati na zdravlje i blagostanje pojedinca (Jaswal i Singh 2014, 372-384). Također, osobe smještene u instituciju izložnije su psihosocijalnim stresorima od osoba koje žive u vlastitom kućanstvu (Jamwal 2016, 29).

U Poljskoj je provedeno istraživanje na uzorku od 466 ispitanika u ispitivanju kvalitete života čiji je cilj bio utvrditi čimbenike samoprocjene kvalitete života starijih stanovnika u gradovima koji se prijavljuju za socijalnu pomoć (Bryła idr. 2013, 6-11).

Autori dviju studija potvrdili su da kvaliteta života starijih osoba ovisi o mnogo elemenata: zdravlju, financijskoj situaciji, dnevnim aktivnostima i odnosima u obitelji (Horowitz i Vanner 2010, 130; Bryła idr. 2013, 6-11). Potvrđeno je da socijalni i demografski čimbenici utječu na kvalitetu života ispitanika te da kvaliteta života starijih ljudi ovisi o mnogo faktora, prije svega fizičkom i mentalnom zdravlju. Ostali faktori uključuju obrazovanje, prihode i obiteljske odnose. Simptomi depresije najznačajnije utječu na negativnu samoprocjenu kvalitete života. Identificiranje stanja kvalitete života starijih osoba može pomoći u provedbi inicijative usmjerene na poboljšanje kvalitete života te kao posljedicu smanjiti potražnju za socijalnom pomoći (Bryła idr. 2013, 6-11). Vjeruje se da rezultati ove studije mogu potaknuti razvoj i uspostavljanje tehnika usmjerenih na smanjenje komorbiditeta, poboljšanje kvalitete života i promicanje zdravlja starijih osoba, posebice onih koje žive u institucijama. Broj starijih osoba u institucijama i izvan njih s rezultatima većim od granične točke depresije na skali procjene depresije pokazuje da je to relativno čest problem u ovoj populaciji (Bryła idr. 2013, 6-11).

Istraživanje u pet zapadnoeuropskih zemalja provedeno 2009. godine pokazalo je da se naponi trebaju usredotočiti na skupine stanovništva s osobito visokom prevalencijom slabe skrbi, na primjer kod starijih osoba sa slabim zdravljem, žena i skupina s niskim prihodima. Međudržavne razlike upućuju na potrebu određivanja različitih preporuka za politike različitih zemalja. Vremenski različiti prediktori, uključujući rezidencijalnu skrb, aktivnosti svakodnevnog života te samoprocjenu zdravlja, predvidjeli su depresivne simptome između i unutar osoba. Depresija je snažno povezana s faktorima koji ukazuju na povećanu ovisnost. Procjena rizika i ciljane intervencijske strategije za sprječavanje depresije u kasnom životu trebale bi uključivati promjene u funkcionalnim kapacitetima, mentalnom statusu i potrebi za stambenim zbrinjavanjem (Anstey idr. 2007, 497-505). Istraživanje u Španjolskoj provedeno 2012. godine na uzorku od 225 starijih osoba, od kojih je većina žena (68%), u izvaninstitucijskoj skrbi bez kognitivnog oštećenja pokazalo je sveukupni faktor dobrobiti temeljen na četiri osnovne dimenzije: svrsi u životu, samoprihvatanju, gospodarenju okolišem i osobnom rastu (Tomas idr. 2012, 317-326). Istraživanje u Indiji čiji je glavni cilj bio usporediti simptome poremećaja somatizacije u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skupini ispitanika u starijoj populaciji pokazao je veću somatizaciju kod starijih osoba koje nisu smještene u instituciju. Podatci su prikupljeni kod 60 osoba (30 korisnika doma i 30 starijih osoba u zajednici). Rezultati su pokazali da su starije osobe u zajednici bolje izražavale svoje probleme u usporedbi s osobama u instituciji.

Također, rezultati su pokazali da 46,66% starijih osoba u zajednici ima blage somatske simptome. Somatoformna<sup>5</sup> bol je vrlo česta u starosti. Među psihosomatskim poremećajima, srčano-žilni poremećaji imali su najveću incidenciju (78,89%) među starijima, a slijede gastrointestinalni (11,01%), neurološki (5,21%), respiratorni (3,67%) i dermatološki poremećaji (0,92%). Veća učestalost ovih poremećaja bila je među starijim osobama koje žive same ili sa svojim obiteljima nego kod onih koje žive u domovima za starije osobe. Kod starijih osoba koje žive izvan domova postoji veća vjerojatnost razvoja psihosomatskih poremećaja, nego kod osoba koje žive u domovima za starije. Studija upućuje na potrebu identificiranja i liječenja somatoformnog poremećaja u starijoj populaciji, kao i na poboljšanje života osoba koje žive same ili s obitelji u zajednici (Sudhaker idr. 2013, 39-42).

Studija u Njemačkoj iz 2010. godine koja se longitudinalno bavila proučavanjem prediktora za institucionalizaciju starijih osoba na više tisuća ispitanika, dijeleći ispitanike na mlađu i stariju dobnu skupinu starijih ljudi, pokazala je da su smještaju u dom sklonije starije osobe, češće žene, same ili udovice, s nižim kognitivnim statusom. Obraćanje pozornosti na te razlike u budućim istraživanjima može otvoriti nove mogućnosti za prevenciju ili kasniji smještaj u dom za starije osobe. Za mlađe starije osobe identifikacija, liječenje i rehabilitacija osoba s visokim rizikom za razvoj kognitivnog ili funkcionalnog oštećenja mogu biti jedna od mogućnosti djelovanja. Za stariju skupinu starih osoba, pomoć u rješavanju problema svakodnevnog života kroz kućnu njegu u zajednici ili neformalnu skrb koja namjerava pomoći ljudima koji žive sami da ostanu u svojim domovima što je duže moguće ili podrška starijim osobama da se lakše nose s kritičnim životnim događajima u ovoj fazi života, mogle bi biti značajan oblik skrbi. Povećanje dobi također povećava rizik za brojne kronične bolesti, o čemu također treba voditi računa kad se govori o skrbi za starije u zajednici. Cilj prospektivne analize populacije Londrina u smislu starenja i dugovječnosti u istraživanju provedenom 2013. godine u Brazilu bio je potvrditi povezanost između pritužbi na vrtoglavicu i prisutnosti hipertenzije u starijih osoba koje žive u vlastitom prostoru. Istraživanje je obuhvatilo 493 starijih ispitanika od kojih se 257 (52,1%) žalilo na vrtoglavicu, a 308 (62,5%) prijavilo je i dijagnozu arterijske sistemske hipertenzije. Rezultati su pokazali da je vrtoglavica značajno povezana s hipertenzijom i ženskim spolom. Hipertenzija i vrtoglavica bile su vrlo rasprostranjene i

---

<sup>5</sup> Tjelesni psihogeni poremećaji (kada osnovni psihološki problem dovodi do značajnih fizičkih simptoma) – MKB 10



značajno povezane, ukazujući na veliku potrebu za ulaganjem u preventivne mjere. (Rosário Lopes idr. 2013, 157-162).

Posljednja dva desetljeća smanjuje se udio starijih osoba koje su primale usluge kroz institucijsku skrb. Kao rezultat toga raste udio starijih osoba koje su primile skrb u vlastitom životnom prostoru. Postoji niz mogućih razloga za ovu promjenu. Na primjer, starije osobe često se odlučuju na boravak u poznatom okruženju i susjedstvu, a većina ih živi duže, često bez ozbiljnih zdravstvenih problema. Vlade mogu smatrati boljom mogućnosti pružanje nekih oblika podrške starijim osobama u njihovim domovima. Veličina, kvaliteta i blizina društvenih mreža ljudi nedvojbeno su među onim što određuje odlučuju li se starije osobe za formalnu skrb koju pružaju stručnjaci, oslanjaju li se na neformalnu skrb koju pružaju obitelj i prijatelji ili uopće ne primaju nikakvu skrb. Vjerojatnost primitka skrbi svake vrste možda će djelomično ovisiti o tome koliko članova obitelji i prijatelja osoba ima, bez obzira na to žive li blizu i kakvoću odnosa s njima. Gotovo polovina onih koji su dobili formalnu skrb također je izvijestila o neformalnoj pomoći obitelji i prijatelja. Žene imaju čak više od 30% veću vjerojatnost za njegu zbog dugotrajnih zdravstvenih problema u usporedbi s muškarcima kod kojih je vjerojatnost za njegu zbog dugotrajnih zdravstvenih problema manja od 20% (Daanesh idr. 2012, 502-512). Čak i nakon uzimanja u obzir dobi te zdravstvenih i drugih čimbenika, veća je vjerojatnost da će žene primiti pomoć, osobito putem formalnog sustava skrbi. Različiti životni vijek i životni ciklus muškaraca i žena bez sumnje je jedan od čimbenika koji imaju ulogu u tome. Loše zdravlje glavni je razlog traženja skrbi. Naravno, povećanje dobi također ima snažan utjecaj na skrb o starijim osobama. Veličina društvene mreže važna je za primanje formalne i neformalne skrbi. Za tipičnog muškarca, vjerojatnost primanja formalne ili neformalne skrbi nije značajno određena njegovim životnim aranžmanima (Daanesh idr. 2012, 502-512). Međutim, za tipičnu ženu, vjerojatnost primanja formalne skrbi povećala se, s oko 9% za one koje su živjele s djecom i drugima, na gotovo 12% za one koje su živjele sa supružnikom. Žene koje su živjele same imale su najveću vjerojatnost primiti formalnu skrb, oko 15%, dok su žene s djecom i drugima imale veću vjerojatnost oslanjanja na neformalnu skrb. Međutim, iznenađujuće, kod žena koje su živjele sa supružnikom bilo je najmanje vjerojatno da će ovisiti o neformalnoj skrbi. U međuvremenu, zadovoljstvo kvalitetom njihovih prijateljstava bilo je povezano s vjerojatnosti primanja formalne skrbi, posebno za muškarce. Obrazovanije starije osobe također dobivaju više formalne skrbi (Daanesh idr. 2012, 502-512).

## 3 STARENJE I KVALITETA ŽIVOTA

### 3.1 Načela samoodređenja i autonomije starijih osoba

Poticanje skrbi u zajednici u odnosu na institucijsku skrb proizlazi iz uvjerenja poštivanja načela samoodređenja i autonomije. No poticanje takve skrbi zahtijeva preispitivanje postojećih zapreka: financijskih, prostornih, pravnih i sl. (Fields idr. 2011, 3). Kroz različita istraživanja utvrđeno je da starije odrasle osobe žele ostati u svojim domovima, ako je to moguće (Golant 2002; Leith 2006; Hui-Chuan 2010; Kane 2012; Grebenc 2014; Iecovich 2014). Istraživanje Američke udruge umirovljenika (AARP<sup>6</sup>) pokazalo je da se 81% onih u dobi od 45 do 49 godina, 85% onih u dobi od 50-65 godina i 88% onih od 65 i više godina “potpuno” ili “djelomično složilo” da žele ostati u svojim trenutnim prostorima što je duže moguće (Keenan 2010, 3-12). Druga anketa pokazala je da 71% starijih 55+ kućanstava nije u prostorima s dobnim ograničenjima ili četvrtima gdje je većina susjeda starija od 55 godina (MetLife Mature Market Institute 2009, 2-3). Dugoročna skrb za starije osobe i u američkom društvu u zadnjih 30-ak godina kroz federalnu politiku prebacuje težište financiranja institucijske skrbi prema kući i uslugama u zajednici te je jedan od glavnih problema korištenja institucijske skrbi pripisan ograničenom pristupu uslugama u zajednici. Politički naponi američkog društva idu u smjeru ravnoteže financiranja zaštite i usluga sustava s naglaskom na većem promicanju skrbi u vlastitom domu i korištenju usluga u zajednici u odnosu na institucijsku skrb (Doty 2010, 3-8). Osnaživanje ljudi da se prilagode i napreduju u budućnosti zahtijeva zajednički napor na dva fronta. Treba pomoći društvu da se prilagodi velikom povećanju starije populacije i treba osnažiti same pojedince. Potrebno je iskoristiti mudrost, iskustvo, interese i doprinos koji ljudi 60+ donose u društveni kapital nacije (Rand 2013, 1-11). Svatko treba pristup u stanovanju, mogućnostima tranzita i zdravstvenim uslugama. No pojam “age-friendly” ide dublje. Zajednice koje su dobronamjerne dobi donose odluke o prostoru koji naglašava praktičnost i pristup. One rade kako bi okoliš bio čist, javni prostori sigurni i bez kriminala. Također prepoznaju opasnosti izolacije. Zajednice pomažu starijim dobnim skupinama pronaći načine za promicanje angažmana i pomažu ljudima da ostanu povezani. “Age-friendly” principi čine zajednice ekonomski konkurentnijima. One postaju poželjnija mjesta za život, posjet i provođenje vremena.

---

<sup>6</sup> American Association of Retired Persons

Sve dobne skupine osjećaju dobrodošlicu i sigurnost (Rand 2013, 1-11). AARP je zajedno sa SZO donio određene ideje u osmišljavanju strategija za populaciju koja ubrzano stari. Neke od ideja su pristup vanjskim prostorima, objektima i sigurnim rekreacijskim sadržajima, izbor za prijevoz, stanovanje i zdravstvene usluge, mogućnosti za sudjelovanje u kulturnim, građanskim i javnim službama te pristup informacijskim tehnologijama koje pomažu ljudima da ostanu povezani (Rand 2013, 1-11).

Kod mogućnosti pružanja kontinuirane zdravstvene zaštite i skrbi, primjerice usluga dostupnih 24 sata kao jedne od sustavnih usluga u zajednici, vjerojatnost je da bi to, osim na kvalitetu skrbi starijih osoba, moglo utjecati i na smanjenje institucionalizacije, što se uvidjelo šestogodišnjim praćenjem dviju zajednica u Japanu. Studija je ispitala podatke iz dva grada u Japanu kako bi utvrdila obrasce uporabe usluga i determinirala učinkovitost dvadesetčetverosatne kućne njege u sprječavanju institucionalizacije. U mjestu za usporedbu dostupni su bili samo “tradicionalni modeli” usluga kućne njege. Autori su zaključili da svakako treba kontinuirano istraživati kako bi se identificirali programi koji bi mogli biti učinkoviti u širokom spektru individualnih, obiteljskih i zajedničkih potreba i resursa unutar različitih kultura društva (Murashima i Asahara 2003, 23). Zadovoljstvo životom se kao koncept učestalo koristi u mjerenju dobrobiti starijih ljudi. Starija osoba koja treba dugoročnu podršku usluga obično potražuje tri komponente usluga: mjesto za život prilagođeno usprkos invaliditetu i pogodno za primanje usluga, radno-intenzivnu osobnu njegu i održavanje usluge koje u širem smislu uključuju rutinsku njegu, administraciju lijekova te osiguranje opreme, medicinskih i drugih specijaliziranih zdravstvenih usluga (Kane 2012, 6-13). Konačno, u okviru kućne i u zajednici usmjerenih usluga, stariji ljudi pokušavaju živjeti svoje živote u okolnostima i sredinama koje im pružaju smisao i zadovoljstvo. Cilj je da uz potporu i usluge u zajednici izbor doma za starije osobe bude rijetka alternativa (Kane 2012, 6-13; Wiles 2005, 100-108).

### **3.2 “Age in place” model skrbi**

“*Age in place* je sposobnost življenja u vlastitom domu i zajednici sigurno, samostalno i udobno, bez obzira na dob, dohodak ili razinu sposobnosti” (CDC<sup>7</sup> 2010). Starenje na mjestu nudi brojne prednosti starijim odraslim osobama, uključujući zadovoljstvo životom, zdravlje i samopoštovanje koji su ključni za uspješno starenje (Kochera i Guterborg 2005,

---

<sup>7</sup> “Center of Disease Control“

61-64). Strategije koje pomažu starenju na mjestu također mogu biti korisne svim segmentima stanovništva i mogu promicati međugeneracijsko učenje i interakciju, jer znanje i iskustvo starijih odraslih nastavljaju jačati zajednicu (Farber i Shinkle 2011, 1-4). Starije osobe doživljavaju bezbroj problema koji utječu na njihovo zdravlje i sposobnost da ostanu u svom domu, stoga treba razmisliti i o implikacijama zdravstvene intervencije utemeljene na zajednici kako bi se poboljšalo starenje u vlastitom domu (Black 2008, 79-80). Postoje i razmišljanja da se uvedu zajednice umirovljenika, sela ili kampusi koji bi bili složeni tako da osobi pruže usluge i smislene veze među članovima (Bookman 2008, 419). Zemlje razmatraju implikacije zdravstvene skrbi kako se povećava udio starijih odraslih osoba, uključujući povećanje troškova zdravstvene zaštite i resursa, budući da više odraslih želi nastaviti živjeti u zajednici. Više će se morati razmatrati resursi u kući i usluge podrške za starije odrasle osobe kako bi nastavili samostalno živjeti u vlastitim domovima. Starije odrasle osobe rade dulje nego ikad prije pa imaju potencijal za izgradnju vlastitog društvenog kapitala za zadovoljavanje svojih potreba (Lunsford i Janes 2016, 97-104). Također, istraživanje u dva grada u Kanadi, koje je proučavalo skrb u kući i skrb u domu za starije osobe, otkrilo je da skrb u kući donosi manje troškova od skrbi u domu, s time da usluge moraju biti prilagođene različitim potrebama starijih osoba kako bi osobe što duže ostale u vlastitom domu (Chappell idr. 2004, 1-12). Starenje u samom prostoru je vrlo kompleksno i zahtijeva koordinirane napore svih sudionika u zajednici kako bi se pronašle prave mjere uspostavljanja kvalitetne skrbi koja trenutno predstavlja samo uklapanje u postojeće resurse (Ball idr. 2004, 209-211). Dobrobit zajednice funkcija je mnogih čimbenika koji rade zajedno i potiču optimalnu kvalitetu života za sve članove zajednice. Postoji tvrdnja da promicanje cjeloživotnog učenja među starijim osobama može značajno doprinijeti dobrobiti zajednice. Starenje društva je svjetski fenomen koji predstavlja prilike i izazove za dobrobit zajednice. Istraživanja sugeriraju da se aktivnije, zdravije i obrazovanije starije osobe manje oslanjaju na pomoć obitelji, kao i na resurse i usluge u zajednici (Sharan i Kee 2014, 128-144). Istovremeno, aktivne i zdrave starije osobe doprinose dobrobiti zajednice kroz svoje akumulirano životno iskustvo, stručnost i uslugu. Odnos između cjeloživotnog učenja i dobrobiti zajednice tumači se iz perspektive socijalnog kapitala. Ovaj okvir tvrdi da formalne i neformalne aktivnosti učenja starijih odraslih promoviraju aktivan i angažiran stil života koji pomaže u stvaranju i očuvanju zajednice (Sharan i Kee 2014, 128-144).

U norveškom istraživanju koje je procjenjivalo sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti osoba starosti 80 i više godina, koje borave u domovima i u zajednici uz određenu pomoć pružatelja kućnih usluga, nije pokazalo značajne razlike u sposobnosti starijih osoba u funkcioniranju u aktivnostima svakodnevnog života. Starije osobe u zajednici bile su manje invalidne od onih smještenih u dom. To svakako upućuje na to da osobe mogu i u kasnoj životnoj dobi samostalno funkcionirati u vlastitoj sredini (Bondevik i Skogstad 1995, 325-343).

### **3.3 Individualnost i rutina življenja starijih osoba**

Potrebe starijih osoba najviše počivaju na njihovoj individualnosti i dnevnim rutinama te ih najviše zabrinjava budućnost u smislu gubitka neovisnosti. Starije osobe žele zadržati svoju neovisnost u zajednici uz mogućnost dobivanja lokalne podrške te žele aktivno sudjelovati u odlučivanju o svojim potrebama (Grebenc 2014, 153-156). Zaključci Odbora regija iz Brisela (2014) također podupiru lokalnu zajednicu u inicijativi bolje skrbi za starije osobe u smislu boljeg osnaživanja dostupnosti i podupiranja lokalnih područja u regulaciji skrbi za starije osobe čime će se smanjiti potražnja za skrbi, a istovremeno pomoći starijim osobama da ostanu aktivne. Zajednica ima veliku ulogu u procesu starenja. Svaki pojedinac u zajednici pa tako i starija osoba donosi nešto u zajednicu, a zajednica u cjelini pridonosi dobrobiti pojedinca. Iza samog koncepta zajednice nalazi se pouzdan temelj odgovornosti: ljudi donose odluke koje utječu na zajednicu s jedne strane, a zajednica s druge strane, putem društvenih struktura i institucija, podržava svoje članove. Također, ako se govori o neovisnosti kao jednoj od važnih potreba starijih osoba, ona često nije izvediva starenjem, ali je treba željeti i provoditi kad god je moguće. S druge strane međuovisnost je prisutna kroz sve životne dobi unutar obitelji, radne sredine, formalne zajednice (Atkins 2014, 92-96). Važno je također podupirati ostanak u vlastitoj sredini tako da se okolina u kojoj starije osobe žive prilagodi starijim osobama, od osnovnih usluga, primjerice preinake osobnih prostora, do prilagodbe i uvođenja različitih usluga i njihove dostupnosti starijim osobama (Iecovich 2014, 23-24). Odrednice loše kvalitete života prikazane su kod starijih ljudi koji žive sami, s lošim prihodima, prisutnošću kroničnih bolesti bubrega i lošeg zdravlja (Rathnayake i Siop 2015, 141). Navedeno ukazuje da financijski aspekt i zdravlje predstavljaju veliku ulogu u definiranju potreba starijih osoba te time utječu i na kvalitetu života.

Studija provedena u Hrvatskoj 2011. godine u ispitivanju što čini osobnu kvalitetu života u gradskim područjima, prema rezultatima kod starijih osoba pokazala je da je na prvom mjestu zdravlje, zatim obitelj, financijsko i materijalno stanje te društveni život (Vuletić i Ivanković 2011, 32-39). Zdravstvena kvaliteta života kod starijih osoba povezana je s razinom fizičke aktivnosti i fizičke sposobnosti. Općenito, najaktivnije i u formi starije odrasle osobe imaju približno dvostruko veću šansu da postignu veće rezultate u domenama fizičkog funkcioniranja i vitalnosti od svojih manje aktivnih vršnjaka. Čini se razumnim predložiti provedbu i promicanje fizičke aktivnosti i programa za starije odrasle osobe koje žive u zajednici, s ciljem poboljšanja i održavanja tjelesne sposobnosti, što bi također moglo pozitivno utjecati na zdravstvenu kvalitetu života ove populacije (Wanderley idr. 2011, 1371–1378). Kad se govori o fizičkim i rekreativnim aktivnostima starijih osoba u instituciji te razlozima zbog kojih se osobe odlučuju za pojedine aktivnosti, istraživanja pokazuju da starije osobe preferiraju aktivnosti na otvorenom jer komuniciraju i družu se s bliskim i drugim starijim osobama što im omogućava razvoj pozitivnih osjećaja, bliskosti i povezanosti. Aktivnosti starijih osoba u instituciji također su povezane sa sustavnim sudjelovanjem obitelji koje posjećuju osobe u instituciji (Giai 2015, 68).

### **3.4 Percepcija kvalitete života starijih osoba**

Istraživanje u Finskoj 2000. godine na uzorku od 300 ispitanika starosti 75 i više godina provedeno kvalitativnom metodologijom pokazalo je kvalitetu života općenito dobrom. Ispitanici su bili uglavnom zadovoljni svojim dnevnim življenjem, ekonomskom situacijom i zdravljem. Nije bilo razlike kod ispitanika u odnosu na dob, spol i bračni status. U odnosu na subjektivne i objektivne čimbenike, odnosno uvjete, subjektivni čimbenici imali su značajnu korelaciju s varijablama kvalitete života. Vanjski uvjeti su također korelirali sa subjektivnim čimbenicima i varijablama kvalitete života. Također, objektivno zdravlje koreliralo je s obiteljskom mrežom, dok je subjektivno poimanje zdravlja koreliralo s društvenom mrežom druge vrste (daljnji rođaci, prijatelji, susjedi). Osobe koje žive u zajednici imaju tendenciju relativno dobrog zdravlja te dobar funkcionalni kapacitet i senzorno-motorni sustav. Ovi uvjeti su povoljni za postizanje dobre kvalitete života (Sarvimaki 2000, 1025-1033). U istraživanju u Švedskoj 2004. godine u usporedbi kvalitete života i čimbenika koji predviđaju kvalitetu života među ljudima u dobi od 75 i više godina koji primaju pomoć u aktivnostima svakodnevnog života iz formalnog i/ili neformalnog oblika skrbi u svojem kućanstvu ili prilagođenom

smještaju, u uzorku od 4337 ispitanika, 1247 ispitanika je trebalo i primalo neki oblik pomoći. Rezultati su upućivali na to da je u većoj starosti, kod žena, kod udovica/udovaca, pronađen veći broj zdravstvenih pritužbi, odnosno onih koji trebaju dodatnu pomoć te niža kvaliteta života među onima koji primaju pomoć u posebnom smještaju u usporedbi s onima koji su primali pomoć u kući. Istraživanje je pokazalo da na kvalitetu života nije utjecala vrsta pomoći, odnosno formalni ili neformalni oblik pomoći, već opseg pomoći. Također, društvena mreža ima utjecaj na kvalitetu života. Studija je ujedno pokazala vrlo nisku kvalitetu života starijih osoba koje primaju pomoć u odnosu na starije osobe u istoj dobnoj skupini koje ne primaju pomoć. Prema autorima to može biti znak da oštećeno zdravlje i smanjena funkcionalna sposobnost čine razliku u odnosu na kvalitetu života. Opsežna pomoć utjecala je i na predviđenu kvalitetu života. Društvena mreža čini se da sprječava nisku kvalitetu života, čega profesionalni pomagači trebaju biti svjesni, a posebno u suradnji s rodbinom, s obzirom na planiranje i pružanje skrbi (Hellstrom idr. 2004, 504-551). Cilj istraživanja u Portugalu bio je proučiti razliku između zadovoljstva životom i kvalitete života kao općih mjera dobrobiti među starijim osobama i kako se obje varijable odnose na individualne, društvene, relacijske i instrumentalne odrednice. Proučavala se skupina od 234 osobe starijeg portugalskog stanovništva koje je živjelo u svojim domovima u ruralnim i urbanim područjima. Dobiveni rezultati ukazali su na skupinu osoba s niskim stupnjem školovanja i posjedovanja smanjenog dohotka, što čini se da utječe na procjenu kvalitete života, ali ne i na zadovoljstvo životom (Fonseca idr. 2008, 87-102). Zadovoljstvo životom, koje se vidi kao psihološka dimenzija, pojavljuje se kao varijabla koja je više povezana s osobinama ličnosti i manje s vanjskim varijablama, bez obzira na to jesu li fizičke, društvene ili ekološke. Percepcija kvalitete života očigledno se povezuje ne samo sa socio-demografskim varijablama već i fizičkim i kontekstualnim varijablama (Fonseca idr. 2008, 87-102). Dob nije povezana sa zadovoljstvom životom, čak i ako je jasno povezana s percepcijom kvalitete života. Većina ih je vrlo nezadovoljna svojim zdravljem (58% su vrlo nezadovoljni ili nezadovoljni). Pored njihovog trenutnog zdravlja, percepcija zdravlja proizlazi kao važan aspekt zadovoljstva životom i kvalitete života, gdje je zdravlje izuzetno važno i nedostatak zdravlja pridonosi smanjenju kvalitete života starijih ljudi. Pokazatelji zadovoljstva i kvalitete života ne pokazuju velike razlike u spolu, osim osjećaja usamljenosti i percepcije kvalitete psihološkog života. Pored poteškoća koje su proživljavale proučavane starije osobe, sve se očitovalo željom i namjerom nastavka življenja u svojim domovima, slično onome što se nalazi u brojnim ranijim istraživanjima (Fonseca idr. 2008, 87-102).

U Brazilu su 2013. godine provedena dva istraživanja koja su potvrdila da starije osobe u institucijama pokazuju veći pad kognitivnih funkcija, slabiji profil funkcionalne ravnoteže, povećani rizik od pada te veću učestalost depresivnih simptoma nego neinstitucionalizirane starije osobe. Vjeruje se da rezultati ovih studija mogu potaknuti razvoj i uspostavljanje tehnika usmjerenih na smanjenje komorbiditeta, poboljšanje kvalitete života i promicanje zdravlja starijih osoba, posebice onih koje žive dugoročno u institucijama (Souza Borges idr. 2013, 1074-1079; Lima-Costa idr. 2013, 6-8). Iste godine istraživanje u Portugalu na uzorku od 103 ispitanika (36 osoba u instituciji i 67 osoba u vlastitom prostoru) pokazalo je da su sve društveno-obiteljske varijable utjecale na kvalitetu života starijih osoba. Socijalna podrška utjecala je na kvalitetu života starijih osoba u instituciji. Podatci su također potvrdili utjecaj instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života u svim područjima kvalitete života osim spavanja za obje skupine ispitanika. Djelovanje obitelji, socijalna podrška i socijalni rizik utjecali su na kvalitetu života starijih osoba u vlastitom kućanstvu (Fonseca Santos idr. 2013, 37).

Istraživanje u Španjolskoj koje je 2012. godine provela grupa autora kao dio španjolske istraživačke skupine kvalitete života i starenja istraživalo je zdravlje i dobrobit starijih osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi. Cilj je bio identificirati razlike i glavne čimbenike koji utječu na zdravstveno stanje i dobrobit navedenih dviju skupina ispitanika, kao i interakcijske učinke institucionalizacije i dobi na skupini od 468 starijih osoba. Značajne razlike pokazale su se u zdravstvenom stanju i dobrobiti, između dviju skupina, također u odnosu na dob. Starije osobe iznad 75 godina koje žive u zajednici u odnosu na mlađu stariju dob imaju manje dobrobiti u istoj usporedbi s osobama u institucijskoj skrbi (Rodriguez-Blazquezae idr. 2012, 884-891). U istraživanju otpornosti i suočavanja kao prediktora opće dobrobiti kod starijih osoba rezultati su pokazali sveukupni faktor dobrobiti temeljen na četiri osnovne dimenzije: svrsi u životu, samoprihvatanju, gospodarenju okolišem i osobnom rastu i razvoju (Tomas idr. 2012, 323). Starije osobe koje se bave redovitom tjelesnom aktivnošću pokazuju bolju zdravstvenu kvalitetu života od sedentara, nakon prilagodbe prema dobi i spolu. Razlike su vidljive u starijim dobnim skupinama, ali sveukupno zdravlje poboljšava se vježbanjem (Fortuño-Godes idr. 2013, 1-6). Razine fizičkog funkcioniranja utječu na djelotvornost prevencije pada kod starijih ljudi. Veće vrijednosti fizičkog funkcioniranja povezane su s nižom incidencijom pada i nižom razinom straha od pada. Održavanje sastavnica fizičkog funkcioniranja treba smatrati važnim čimbenikom koji može utjecati na rizik od pada kod starijih osoba, a time utjecati i na zdravstvenu kvalitetu života (Halaweh idr. 2016, 11-17).



U Švicarskoj je zdravstvena kvaliteta života sačuvana u starijoj skupini odraslih, čak i ako su u vrlo staroj dobi zabilježena značajna oštećenja koja utječu uglavnom na funkcionalnu zdravstvenu dimenziju. Kako je očekivano trajanje života znatno povećano, prednjače mnogi izazovi, a posebice je potrebno organizirati zdravstvenu zaštitu i predvidjeti zdravstvene probleme vezane uz dob (Luthy idr. 2015, 1687-1696). Stariji ljudi dobivaju bolju skrb, pate od manje invalidnosti ili se bolje suočavaju s ograničenjima, u vezi s poboljšanjima pomoćne tehnologije, stambenim standardima ili prijevozom te socijalnim politikama (Christensen idr. 2009, 1196-1208). Izazov nije živjeti dulje, već sačuvati najvišu razinu zdravstvene kvalitete života koliko je moguće. Još jedan izazov može biti nužnost razmatranja subjektivnih kriterija u definiranju zdravstvene kvalitete života u procesu starenja (Luthy idr. 2015, 1687–1696). Dokazano je da poboljšanje zdravstvene tjelesne kondicije ima pozitivan učinak na rizik od pada kod starijih osoba. Održavanje tjelesne aktivnosti može doprinijeti sprječavanju padova poboljšavanjem zdravstvene tjelesne kondicije (Duray i Genc 2017, 461).

Tijekom cijelog života ljudi moraju rješavati različite nepovoljne situacije i prilagoditi se brojnim promjenama koje utječu na njihov svakodnevni život. Međutim, starije odrasle osobe imaju gubitak resursa, materijalnih i osobnih, povezanih s godinama, što može ometati njihovu prilagodbu na nesretne situacije: gubitak voljenih, povećanu ovisnost (Perez-Blasco idr. 2016, 90-103). S obzirom na to da je temelj za uspješno starenje sposobnost prilagodbe i prilagodbe promjenama, obučavanje o svjesnosti i samosvijesti stvara emocionalno pozitivan stav koji može zaštititi od negativnih posljedica samoprocjene, izolacije i ruminiranja. To je dobar alat za rad s ljudima koji se suočavaju sa starenjem (Neff i Germer 2013, 11-14), budući da proizvodi prednosti u mentalnom zdravlju i suočavanju u prisutnosti stresnih događaja u starijoj dobi (Allen i Leary 2014, 199). Nadalje, s programom povećavanja svjesnosti, ljudi mogu naučiti riješiti životne izazove metodama koje se ne temelje na racionalnosti (Kabat-Zinn 2014, 341-344). Studije o starijim ljudima pokazale su prednosti u fizikalnim i fiziološkim aspektima, kao što je starenje mozga (Daubenmier idr. 2009, 34-53) i kronične boli (Morone idr. 2008, 841–848); kognitivni procesi kao što su pozornost (McHugh idr. 2010, 178-184), fleksibilnost (Moore i Malinowski 2009, 176-186), vizualno-prostorna obrada, radna memorija i izvršno funkcioniranje (Zeidan idr. 2010, 6-7; Smith idr. 2007, 346). Studije u konačnici pridonose utvrđivanju strategija koje promiču dobrobit i uspješno starenje, s obzirom da bi programi obučavanja i samopouzdanja mogli pomoći starijim odraslim osobama kako bi se učinkovitije nosili s promjenama povezanim sa starenjem, kao što su neke studije već

pokazale (Rejeski 2008, 139-140; Allen i Leary 2014, 190). Znanstveni dokazi pokazuju da korištenje mediteranske prehrane štiti od pogoršanja kognitivnog statusa i depresivnih simptoma tijekom starenja (Hernández-Galiot i Goñi 2017, 338-340). Studija je procijenila odnos između pridržavanja mediteranske prehrane i kognitivnog statusa te depresivnih simptoma u starijoj populaciji starijih od 75 godina (Hernández-Galiot i Goñi 2017, 340-344). U analizi kvalitete života, sociodemografskih karakteristika, obiteljske potpore, zadovoljstva zdravstvenim uslugama i učinku integrativne terapije zajednice među starijim osobama izvan institucije, sa simptomima depresije i bez njih, u Brazilu, pokazalo se da osobe s depresivnim simptomima imaju nižu kvalitetu života u domeni socijalnih odnosa nego one bez depresivnih simptoma (de Lima Silva idr. 2017, 359-369). Pored toga, u usporedbi s onima bez depresije, manje starijih odraslih osoba s depresivnim simptomima je sudjelovalo u integrativnoj terapiji u zajednici; također su izvijestili o niskom stupnju uključenosti obitelji u rješavanje problema i pokazali apatiju glede zadovoljstva zdravstvenim uslugama. Navedeni rezultati imaju važne implikacije u procesu donošenja odluka s obzirom na strategije poboljšanja zdravstvenog statusa starijih odraslih osoba s depresivnim simptomima. Obiteljska podrška neophodna je, ne samo za proces starenja, već i za suočavanje s depresijom u ovoj fazi života. Čini se da nedostatak obiteljske podrške predstavlja faktor rizika za pogoršanje depresije kod starijih odraslih osoba. Značajan broj starijih odraslih osoba sa simptomima depresije u ovom istraživanju izvijestio je da njihova obitelj nema sudjelovanje u rješavanju problema, što može pogoršati depresiju (de Lima Silva idr. 2017, 359-369). Vrlo staro stanovništvo, koje se jasno povećava, pokazuje različite karakteristike od ostatka starijih ljudi. Kvaliteta života vezana za zdravstveno stanje je način proučavanja stanovništva i zdravlja u fizičkim, psihološkim i društvenim dimenzijama. Cilj istraživanja bio je ispitati odnos prehrambenog statusa i zdravstvene kvalitete života u grupi devedesetogodišnjaka. Rezultati su pokazali da je 40% njih bilo izloženo riziku od pothranjenosti. Procjena prehrane pokazala je manjak magnezija, cinka, kalija, folne kiseline te nedostatak vitamina D i E (Jimenez-Redondo idr. 2014, 602). Rizik od pothranjenosti je faktor povezan sa zdravstvenom kvalitetom života. Rezultati sugeriraju da energija i unos nekih hranjivih tvari mogu biti povezani s kvalitetom života, ali autori predlažu daljnja istraživanja (Jimenez-Redondo idr. 2014, 607). Istraživanje provedeno u mediteranskom gradu (Garrucha, Španjolska) na skupini od 79 osoba starijih od 75 godina (36 muškaraca i 41 žena) pokazalo je vrlo veliko pridržavanje mediteranskog načina prehrane i optimalni kognitivni i afektivni status.

Oni su konzumirali maslinovo ulje kao glavni izvor masnoća, visoku razinu voća i povrća, nisku razinu hrane s dodanim šećerima i imali nisku potrošnju crvenog mesa. Mediteranska prehrana bila je pozitivno povezana s kognitivnom funkcijom, iako je pojava zdravog prehranbenog uzorka na simptomatologiji depresije bila nejasna. Međutim, učinkovita strategija protiv kognitivne disfunkcije i depresije bila bi poboljšanje stope tjelesne aktivnosti, uspostavljanje cjeloživotnih zdravih navika prehrane i konzumiranje bogate prehrane kako bi se poboljšala kvaliteta života starijih osoba (Hernández-Galiot i Goñi 2017, 342-344). Istraživanje u Norveškoj 2011. godine bavilo se povezanosti između rizika od pothranjenosti, kao i trenutnog indeksa tjelesne mase (ITM<sup>8</sup>) i zdravstvene kvalitete života (HRQoL<sup>9</sup>) kod starijih muškaraca i žena iz opće populacije. Uključivala je 1632 muškarca i 1654 žene u dobi od 65 do 87 godina. Povećani rizik pothranjenosti bio je kod muškaraca. Zdravstvena kvaliteta života bila je značajno smanjena kod starijih muškaraca i žena koji su bili izloženi riziku od pothranjenosti. Najveća zdravstvena kvaliteta života bila je vidljiva kod umjereno pretilih osoba (Kvamme idr. 2011, 575-582).

Centre za primarnu zdravstvenu njegu starijih osoba osnovala je i sponzorirala Svjetska zdravstvena organizacija u pružanju podrške organizacijama primarne zdravstvene zaštite za pružanje visokokvalitetne skrbi osobama s invaliditetom, slabostima i kroničnim uvjetima. Cilj ove studije bio je procijeniti zdravstvene potrebe pacijenata starijih od 60 godina koji su koristili primarne zdravstvene usluge u Antalyi, Turska. Dokazalo se da je dobra organizacija i idejna konstrukcija primarne zdravstvene zaštite u kontekstu “age-friendly”<sup>10</sup> odnosa prema starijim osobama u zajednici ključan alat u osmišljavanju i rješavanju potreba starijih ljudi u zajednici (Kanevetci i Yaman 2018, 4-9). Sigurnost hrane identificirana je kao važan problem za kvalitetu življenja i starenje. Indeks sigurnosti hrane koji se sastoji od tri pokazatelja (unos hrane, kakvoća hrane i dostupnost hrane) razvijen je kako bi se mjerilo stanje sigurnosti hrane starijih ljudi koji žive u zajednici. Starije osoba koje su živjele s djecom, međutim, imale su manju vjerojatnost da će kontrolirati sigurnost hrane od onih koji su živjeli sami, suprotno onome što je pretpostavljeno u samom istraživanju (Cheng idr. 2016, 365-372).

---

<sup>8</sup> Indeks tjelesne mase

<sup>9</sup> Zdravstvena kvaliteta života

<sup>10</sup> Prijateljski orijentirana zajednica

U istraživanju utjecaja vitamina B i hodanja na kvalitetu života uočeno je nekoliko malih, ali značajnih poboljšanja uz povećanje programa hodanja. Nije zabilježen nikakav učinak dodatka vitamina B. Zaključno, program hodanja i dopunjavanje vitaminom B nisu bili učinkoviti u poboljšanju kvalitete života starijih odraslih, no povećanje broja sudionika na umjerenu fizičku aktivnost može imati određene aspekte poboljšanja kvalitete života (Van Uffelen idr. 2007, 1137–1146).

### **3.5 Poticanje skrbi u zajednici u urbanom i ruralnom prostoru**

Starenje stanovništva potiče nove modele pružanja skrbi za starije ljude koji se sve više integriraju u postojeće sustave skrbi. U Nizozemskoj je razvijen preventivni program kućnog posjeta koji se temelji na primarnoj skrbi za potencijalno slabije starije ljude (u dobi od 75 godina) koji žive u zajednici, a sastoji se od sveobuhvatne procjene gerijatrijskih poremećaja tijekom kućnog posjeta medicinske sestre nakon čega slijedi ciljana interdisciplinarna skrb i praćenje tijekom vremena. Program kućnog posjeta nije imao većih nedostataka sam po sebi, ali ispostava usluga je pružala prostor za poboljšanje. Opća praksa dobivala je koristan alat za redizajn isporuka skrbi od reaktivnih prema proaktivnoj skrbi, ali percipirane prepreke zahtijevaju pažnju kako bi se tijekom vremena održalo prakticiranje programa kućnog posjeta. Neravnoteža između vremena ulaganja i raspoloživih financijskih naknada razmjerna je broju značajnih problema otkrivenih kod starijih osoba i zahtijeva pažnju kako bi se omogućilo nastavak programa kućnog posjeta tijekom vremena. Razvoj budućih složenih intervencija u okruženju primarne zdravstvene zaštite treba uzeti u obzir da je unaprijed planirana procjena procesa temeljena na teoriji i procjena učinka neizbježna kako bi se omogućio dublji uvid u stvarni učinak intervencije u željenom kontekstu (Stijnen idr. 2014, 1-14). Na temelju podataka iz dva nedavna nacionalna istraživanja stanovnika dviju općina u Norveškoj, uspoređen je stupanj zadovoljstva ruralnog i urbanog stanovništva s lokalno dostupnim uslugama i njihova uključenost s drugima u zajednici. Izdvojena su dva otkrića. Prvo, suprotno uobičajenim očekivanjima, stanovnici ruralnih područja barem su jednako zadovoljni kućnom njegom i medicinskim uslugama kao što su zadovoljni urbani ispitanici. Ovaj paritet odražava Norvešku politiku subvencioniranja usluga socijalne skrbi u rijetko naseljenim područjima. Drugo, u skladu s uobičajenim očekivanjima, starije osobe u ruralnom području izvješćuju o češćim društvenim kontaktima sa svojim susjedima i veće sudjelovanje u dobrovoljnom radu nego građani.

Također, dvije trećine starijih osoba u ruralnoj sredini su zadovoljnije zdravstvenom skrbi i uslugama u lokalnoj zajednici u odnosu na osobe u urbanoj sredini (Blekesaune i Haugen 2018, 232, 238).

Koncepti socijalne uključenosti i isključenosti često se koriste u istraživanjima važnosti lokalnih zajednica za životne uvjete, pripadnost i dobrobit starijih ljudi. Socijalno uključivanje podrazumijeva da građani imaju priliku održavati mreže koje su im važne, kao što su prijateljstvo, obiteljske veze i neformalni društveni kontakti u svakodnevnom životu te da imaju pristup osnovnim uslugama (Cass idr. 2005, 539-555). Mnoge ruralne zajednice karakteriziraju ograničeni raspon usluga, velike udaljenosti i nedostatak javnog prijevoza, pa su stanovnici sve više ovisni o osobnom prijevozu. Prepreke mobilnosti posebno utječu na najstarije osobe koje više ne voze ili nemaju pristup automobilu. Istodobno, kontakt i suradnja s drugima u ruralnim zajednicama mogu biti vitalni izvor međusobne pomoći (Cass idr. 2005, 539-555). Istraživanje u Škotskoj iz 2016. godine donijelo je neka saznanja kad se govori o ruralnim i urbanim prostorima. Postoje dokazi o višem zadovoljstvu životom u udaljenim ruralnim područjima Škotske, ali nema dokaza o višem zadovoljstvu životom u dostupnim ruralnim područjima u Škotskoj. Također, nije pronađeno da se mentalna dobrobit razlikuje u ruralnom i urbanom prostoru (Gilbert idr. 2016, 37-45). Ispitivanjem percepcije starenja u mjestu u kojem osobe žive utvrđeno je da one shvaćaju ovaj koncept kao izbor o sudjelovanju, pristupu uslugama i sadržajima, održavanju društvenih veza i interakcije među lokalnim stanovnicima, a ujedno se osjećaju sigurno kod kuće i u zajednici uz osjećaj neovisnosti i autonomije (Wiles idr. 2011, 357-366).

Socijalni gerontolozi dugo su se borili sa značenjem zajednice starijima. Ističe se tradicionalni naglasak uloge zajednice i mjesto u kasnijem životu kao i rasprava o interesnim zajednicama povezanim s čimbenicima kao što su porast treće dobi, marketizacija, konzumerizam, važnost društvene interakcije u životima mnogih starijih ljudi i utjecaj interneta i virtualnih zajednica. Zajednica treba rekonceptualizaciju i priznaje utjecaj društvene, gospodarske i kulturne promjene na život starijih ljudi. U međunarodnom političkom kontekstu brojne su vlade zabrinute zbog globalnog stanovništva i posljedične želje za promicanjem dobrog starenja kako bi se nadoknadili troškovi zdravstvene i socijalne skrbi (Means i Evans 2012, 1300-1318).

Interes za politiku aktivnog starenja kao sredstva za promicanje blagostanja u kasnijem životu narastao je na međunarodnoj razini. Britanska vlada zagovara javna, privatna i partnerstva s trećim sektorom kako bi se razvile pozitivne mogućnosti za sudjelovanje zajednice u skrbi starijih osoba (Deeming 2009, 93-111). Deeming također naglašava kako različiti pristupi u procjeni subjektivnog zadovoljstva naglašavaju različite segmente procjene zadovoljstva. Evaluacijski pristup traži od pojedinca promišljanje i kognitivnu procjenu o događanjima u životu te zadovoljstvo životom ovisi o globalnoj procjeni života. Hedonistički pristup nastoji izmjeriti osjećaj sreće i zadovoljstva te anksioznosti kod osoba. Eudemonični pristup, koji se ponekad naziva psihološkim funkcioniranjem ili procvatom, temelji se na teoriji samoodređenja i ulazi u smisao i značenje u životu, s naglaskom na vrijednosti u životu (Deeming 2013, 542). U svom istraživanju dolazi do rezultata da je većina ljudi u Velikoj Britaniji (88,6 %), "sretna". Također velika većina ljudi izjavila je da su "zadovoljni" (92,4 %) svojim životom, u usporedbi sa samo 7,6 % koji nisu. Prema istraživanju, čini se da većina ljudi u Velikoj Britaniji (94,4 %) vodi ispunjene živote; samo 5,6 % tvrdi da im život nije 'ispunjen'. Međutim, anksioznost je prisutna kod više od trećine osoba (37,4 %) koje su izjavile da se osjećaju zabrinuto (Deeming 2013, 548).

Cjeloživotno učenje pridonosi formiranju dviju dimenzija socijalnog kapitala. Prvo, fizički privlači ljude, na primjer, u središte zajednice, gdje dolazi do nekog oblika zajedničkog učenja. Drugo, tijekom vremena također potiče stvaranje skupa normi i socijalnog povjerenja unutar skupine uključenih građana, pa čak i izvan fizičkih granica ove mreže. Obje dimenzije doprinose razvoju i jačanju društvenog i ekonomskog aspekta socijalnog kapitala. Za to se posebno zalažu u Japanu gdje potiču promicanje radosti i zdravlja među japanskim građanima (Vogt 2010, 41).

### **3.6 Formalni i neformalni oblici skrbi**

Skrb o starijim osobama može se dijeliti na formalne i neformalne oblike (Hlebec idr. 2016, 159-179). Neformalnu skrb, prema autorima, pružaju članovi obitelji, prijatelji i susjedi. Razvojem usluga u zajednici potencira se formalna skrb u obliku pružanja različitih zdravstvenih, socijalnih ili društvenih usluga. Primjerice, situacija u Republici Sloveniji pokazuje još uvijek dominantnu skrb u ustanovama. Oblici formalnih usluga u zajednici u obliku različitih potpora više se pružaju u urbanim dijelovima, nego u ruralnim.

Uz povećanu dostupnost formalne skrbi (primjerice socijalne skrbi tijekom dana, svaki dan u tjednu) postaje moguće osigurati formalnu brigu tijekom aktivnosti dnevnog života koje treba obaviti u određeno doba dana ili nekoliko puta dnevno. Također, osobe s malom mrežom neformalne skrbi više se uključuju u formalnu skrb. Financijsko sagledavanje pokazuje vjerojatnost da će oni s višim primanjima češće dobivati kombiniranu skrb, što kao posljedicu dovodi do isključivanja siromašnijih starijih osoba (Hlebec idr. 2016, 159-179).

Prethodna istraživanja o korištenju osobne pomoći, bilo da se fokusiraju na neformalnu ili formalnu pomoć, prepoznala su važnu vezu između formalne i neformalne pomoći. Formalna pomoć može zamijeniti ili dopuniti neformalnu pomoć. Konceptualizira se formalna skrb kao zamjena za neformalnu skrb kad je potonje potpuno ili djelomično nedostupno, pod pretpostavkom da su značajni drugi najprikladniji skrbnici, slijedi rodbina, a naposljetku i formalni, plaćeni skrbnici. Prema minimalnim standardima koje je postavila savezna vlada SAD-a, države su razvile široku paletu strategija za skrb o starijim osobama s dugotrajnom skrbi, što je rezultiralo velikim promjenama u uslugama u kući, odnosno zajednici. Prethodna istraživanja o korištenju osobne pomoći dosljedno ukazuju na to da su starija dob i ograničenja u dnevnim aktivnostima povezani s većom upotrebom pomoći bilo da dolazi od neformalnih ili formalnih skrbnika. Žene koriste više formalne skrbi i manje neformalne skrbi od muškaraca zbog razlika u potrebama, dostupnosti supružnika, rodnih normi i preferencija (Muramatsu idr. 2002, 107-124). Korištenje osobne pomoći, strategija za starije odrasle osobe da nadoknade funkcionalna ograničenja, glavna je odrednica jesu li starije osobe mogle ostati u zajednici dok razvijaju funkcionalna ograničenja. Kao što se i očekivalo, veća razina državnih izdataka na uslugama u kući, odnosno zajednici bila je povezana s većom vjerojatnosti korištenja formalne osobne pomoći, samostalno ili u kombinaciji s neformalnom pomoći i manjom vjerojatnosti da neće primiti nikakvu pomoć. Naime, učinci troškova usluga u zajednici i kući uz korištenje formalne pomoći bili su veći za one s višim razinama ograničenja u dnevnim aktivnostima (Muramatsu idr. 2002, 107-124). Prethodne studije, prema autorima, više su puta pokazale da su karakteristike potreba (ograničenja dnevnih aktivnosti) glavna odrednica dugotrajne skrbi. Istraživanje je također pokazalo da veća razina državnih izdataka za usluge u zajednici povećava vjerojatnost korištenja bilo koje neformalne pomoći. Pristup dugoročnoj skrbi, osobito onim uslugama koje omogućavaju pojedincima starenje u zajednici, izazivaju zabrinutost kod rastućeg starijeg stanovništva i u Sjedinjenim Američkim Državama (Muramatsu idr. 2002, 107-124).

Dostupnost različitih elemenata skrbi, kao što su zdravstvene usluge u kući, prijevozne usluge, pružanje raznih oblika pomoći u kući kao što su fizikalna terapija, radna terapija, pomoć u kući u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, također su elementi koji utječu na kvalitetu života i nužni su u osiguravanju dobre kvalitete života. S obzirom na multidisciplinarnost kroz korištenje usluga različitih profesija, u budućnosti treba razvijati dostupnost i usku suradnju različitih profesionalnih pružatelja usluga u zajednici. Ova opažanja ukazuju na potencijal promicanja zdravlja među starijim osobama, što je do sada više ili manje zanemareno u zdravstvenoj politici. Važna je perspektiva potencijal daljnjeg poboljšanja tijekom sustavnog osposobljavanja, rehabilitacije i promicanja zdravlja među starijim osobama. Nedavni pregledi učinkovitosti preventivnih napora među starijima ukazali su na znatne zdravstvene učinke tjelovježbe, rehabilitacije, sveobuhvatne gerijatrijske procjene, preventivne kućne posjete i niz drugih intervencijskih metoda (Muramatsu idr. 2002, 107-124). Istraživanje provedeno 2012. godine u Indiji imalo je za cilj usporediti pet faktora i šest aspekata osobnosti starijih (N=120), šezdeset i više godina, koji žive u domovima za starije osobe (N=60) i onih koji žive u vlastitim domovima (N=60). Rezultati su pokazali da je kod osoba smještenih u institucije s dobi znatno veća neurotičnost i ekstrovertiranost. Rezultati su bili veći, ali ne značajno različiti u pristupnosti, otvorenosti i svjesnosti u usporedbi s osobama koje žive u svojim domovima. Slično tome, na šest aspekata osobnosti rezultati su bili znatno viši na depresiji, pozitivnim emocijama i anksioznosti te malo viši, ali ne značajno, u toplini, altruizmu i impulzivnosti za osobe u instituciji u odnosu na osobe u vlastitom prostoru. Osobe smještene u instituciji imale su znatno veću razinu depresije i anksioznosti od osoba u vlastitom domu. Skupina u vlastitom domu postigla je nešto veću razinu impulzivnosti nego osobe u instituciji. Rezultat topline bio je neznatno veći, ali ne i značajno. Rezultati pozitivnih emocija pokazali su se višima i značajnijima u skupini starijih osoba koje žive u vlastitom domu. Starije osobe smještene u instituciji postigle su značajno viši rezultat neuroticizma, nego osobe u svom prostoru (Daanesh idr. 2012, 502-512). U drugom je istraživanju Mhaske (2008) uspoređivao pet faktora ličnosti među institucionaliziranim dobnim skupinama, a rezultati su pokazali da je kod osoba u instituciji bila veća pojava neuroticizma u usporedbi s ostalim čimbenicima, to jest ekstraverzije, otvorenosti, pristojnosti i savjesnosti. Nalazi ove studije trebali bi pomoći u planiranju treninga senzibilizacije za odrasle koji su spremni ostati u svojim domovima i pomoći starijim osobama u pripremi za produktivno starenje. Studija također može pomoći u razvijanju savjeta za programe namijenjene osobama smještenim u institucije (Daanesh idr. 2012, 502-512).



U istraživanju u Brazilu provedenom 2013. godine, unatoč lošijem tjelesnom funkcioniranju, za starije Brazilce u lošijim socioekonomskim uvjetima mnogo je manje vjerojatno da će primiti potrebnu pomoć u obavljanju dnevnih aktivnosti. Rezultati analize pokazuju važne socijalne nejednakosti u fizičkom funkcioniranju starijih osoba, s lošijom izvedbom među onima na nižim razinama obrazovanja i kućanstava te su, unatoč slabijem tjelesnom funkcioniranju, starije osobe s lošijim socioekonomskim uvjetima imale manju vjerojatnost da će primiti pomoć za obavljanje dnevnih aktivnosti. S obzirom na nedavne demografske promjene Brazil će vjerojatno osjetiti još veći broj starijih osoba s fizičkim ograničenjima uz smanjenje dostupnosti neformalnih skrbnika. Ako se ovakvi trendovi nastave, socijalne nejednakosti u pružanju skrbi za starije Brazilce vjerojatno će se nastaviti širiti (Lima-Costa idr. 2013, 137). Treba spomenuti istraživanje koje se bavilo proučavanjem učestalosti nesposobnosti u obavljanju dnevnih aktivnosti i povezanosti sastava kućanstva i dostupnosti članova obitelji te primanja skrbi među starijim odraslim osobama s funkcionalnim problemima u Španjolskoj, Engleskoj i Sjedinjenim Američkim Državama. Razmatrano je kako životni uvjeti, bračni status, dostupnost djece, ograničenja u funkcionalnoj sposobnosti, dob i spol utječu na vjerojatnost primanja formalne skrbi i neformalne skrbi od članova kućanstva i drugih u tri zemlje s različitim obiteljskim strukturama, životnim aranžmanima i politikama podrške. Postotak osoba s funkcionalnim ograničenjima koje primaju skrb veća je u Španjolskoj. Više skrbi dolazi izvan domaćinstva u SAD-u i Engleskoj, nego u Španjolskoj. Korištenje formalne skrbi među onesposobljenima najniže je u SAD-u, a najviše u Španjolskoj. Uvjeti življenja ključni su za razumijevanje može li starija osoba primiti potporu kod kuće (Laferrère idr. 2013, 253-265). Na stambenu zajednicu utječu bračni i obiteljski status starijih i mlađih ljudi, kao i gospodarski i kulturni uvjeti, a među njima variraju Španjolska, Engleska i SAD. Neformalnu skrb unutar domaćinstva vjerojatno će primiti mlađe osobe u sve tri zemlje u odnosu na primanje skrbi iz kombinacije izvora. To će vjerojatno biti povezano s činjenicom da starije osobe mogu zahtijevati više tehničke skrbi. Spol ne utječe na primitak ove vrste skrbi, osim u Engleskoj gdje žene imaju znatno manju vjerojatnost da će dobiti samo neformalnu skrb unutar kućanstva. U svim zemljama biti oženjen povezano je s činjenicom da je znatno manje vjerojatno da će starije osobe primiti neformalnu skrb samo izvan domaćinstva u odnosu na vjerojatnost primanja formalne i neformalne skrbi. To ukazuje da će oženjene osobe koje primaju neformalnu skrb izvan domaćinstva vjerojatnije dodatno dopuniti ovu skrb formalnom skrbi, nego imati samo skrb izvan kućanstva.

Ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života i instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života su čimbenici koji su bili najsnažnije povezani s odlaskom u dom za starije osobe. Analiza alternativa institucionalnoj skrbi ukazala je na važnost postojanja zajedničkih članova obitelji, uglavnom djece, za skrb o starijim osobama s invaliditetom u zemljama u kojima postoji malo stambene skrbi (Laferrère idr. 2013, 253-265). Imati djecu u kućanstvu također je povezano s činjenicom da je znatno manje vjerojatno da će starije osobe primati neformalnu skrb izvan kuće u Engleskoj, što daje naznaku da je osoba u kućanstvu povezana s manje primanja formalne skrbi. Imati djecu izvan kućanstva povezuje se s vjerojatnošću da će starija osoba primati neformalnu skrb izvan kuće u Engleskoj i SAD-u, što znači da ta djeca pružaju skrb. Rezultati ukazuju da tamo gdje je formalna skrb dostupnija, kao u Španjolskoj i Engleskoj, skrbnici mogu biti voljni odustati ili dopuniti svoje neformalne uloge formalnom skrbi dok se invalidnost povećava. Španjolska je zemlja u kojoj se formalna skrb koristi najšire iako je zemlja s najvećom dostupnošću potencijalnih skrbnika u domu (Solé-Auró idr. 2014, 495-517). U Šri Lanki, gdje su socioekonomski uvjeti loši, skrb je orijentirana na pružanje u vlastitom domu, a pružaju je skrbnici - najčešće djeca starijih osoba; kroz istraživanje koje je provedeno predlaže se podrška osobama koje skrbe za starije osobe u njihovom kućanstvu, smanjenje poreza, dodatna financijska potpora starijim osobama i slično. Autori istraživanja podupiru takav oblik skrbi u odnosu na institucijsku skrb, uz osposobljavanje obiteljskih skrbnika u pružanju skrbi za starije osobe (Ostbye idr. 2010, 1376). Ukupni mogući troškovi za neformalnu skrb za starije osobe godišnje iznose 522 milijarde dolara, dok troškovi zamjene ove skrbi nekvalificiranim i kvalificiranim plaćenim uslugama iznose 221 milijardu i 642 milijarde dolara u SAD-u. Neformalna skrb ostaje značajan fenomen u SAD-u s visokim troškovima, iako je i dalje ekonomičnija (u ukupnom iznosu) od formalne kvalificirane skrbi. Smatra se da neformalnu skrb uglavnom pružaju radno sposobni odrasli koji posljedično snose veći dio ekonomskog opterećenja u troškovima. Rezultati naglašavaju važnost politike fleksibilnosti na radnom mjestu koju razmatra nekoliko država koje nude plaćeno odsustvo s posla za skrbnike, kao i programe poput programa za savjetovanje koji omogućuje da se obiteljima skrbnicima isplaćuje njihova pomoć (Chari idr. 2015, 871-82). Integriranu skrb kao moderni obliku skrbi o starijim osobama u zajednici i njen utjecaj na formalnu i neformalnu skrb ispitivali su nizozemski istraživači tijekom 2017. godine i ustanovili da postoje marginalne promjene tijekom vremena u količini formalne i neformalne skrbi za integriranu skrb, kao i za uobičajenu skrb.

No ono što se razlikuje u oba pristupa skrbi je količina i izmjena formalne i neformalne skrbi tijekom vremena. Neformalni skrbnici pružali su veću instrumentalnu pomoć tijekom vremena ako su formalni skrbnici pružali manje osobne skrbi (i obratno) u integriranoj skrbi, ali ne u uobičajenoj skrbi. Ovi rezultati sugeriraju da integrirana skrb ne mijenja nužno doprinos formalne ili neformalne skrbi, već mijenja interakciju između formalne skrbi (osobne njege) i neformalnih (instrumentalnih) aktivnosti (Janse idr. 2018, 280-290).

### **3.7 Aktivno i zadovoljno starenje u zajednici**

Pojam “zadovoljnog starenja” ne odvaja ljude od negativnih okolnosti, već im pripadanje socijalnoj mreži omogućava da se nose s negativnim okolnostima (Baars 2012, 136). U društvu se stalno ponavlja fraza “zadovoljno starenje” te se njome na različite načine pokušava osmisliti što bi za starije osobe trebalo biti dobro, odnosno što bi trebalo potaknuti zadovoljno starenje. Povećanje dugovječnosti u Europi trebalo bi biti uzrok za slavlje. Međutim, demografsko starenje stvara izazove. Posljednjih deset godina vodeći odgovor na ove izazove bio je “aktivno starenje”. Unatoč velikoj pozitivnoj političkoj retorici, očito je da postoji velika neizvjesnost o tome što to znači u praksi (Foster i Walker 2013, 3-10). Najčešća percepcija aktivnog starenja bila je održavanje fizičkog zdravlja i funkcioniranja (43%), slobodno vrijeme i društvene aktivnosti (34%), mentalno funkcioniranje i aktivnost (18%) te socijalni odnosi i kontakti (15%). Trećina se ispitanika ocijenila vrlo aktivnima, a gotovo pola ispitanika prilično aktivnima. Nezavisni prediktori pozitivne samoprocjene aktivnog starenja bili su optimalno zdravlje i kvaliteta života (Bowling 2008, 293-301).

Kako bi se istražili korelati kvalitete privatne skrbi za starije ljude koji žive u zajednici, provedena je dvogodišnja studija sa 100 ispitanika, koji su živjeli kod kuće, zajedno s njihovim privatnim pomagačima i 88 neformalnih skrbnika. Dobivena skrb mjerila se kroz tri komponente pri čemu su i ispitanici podijeljeni: minimalna, srednja i maksimalna skrb. Nisu pronađene značajne razlike između starijih osoba u tri skupine u smislu društvenih varijabli, funkcionalnog i kognitivnog statusa, prevalencije depresivnih poremećaja i morbiditeta. Zaključno, ustanovljeno je da su za starije osobe koje žive u zajednici s određenim invaliditetom, osobine privatnih pomagača kao što su dobre jezične performanse i uvjeti življenja u što manje stresnoj okolini u korelaciji s optimalnom kvalitetom njege i boljom kvalitetom života, kao i nižim stresorima za njihove neformalne pomagače (Bilotta i Vergani 2008, 354-362).

Studija u Tajvanu koja je istraživala rodne razlike u odnosu između društvene aktivnosti i kvalitete života u skupini od 220 starijih osoba koje žive u zajednici pokazala je da su skupine šest vrsta društvenih aktivnosti s kvalitetom života bile slabije povezane kod žena nego kod muškaraca. Regresijske analize dodatno su pokazale da je za žene samo religijska aktivnost bila pozitivno povezana s ukupnom kvalitetom života, dok je za muškarce samo uključenost u formalnu grupnu aktivnost bila pozitivno povezana s ukupnom kvalitetom života (Li Lin i Chen 2011, 305-320).

Nakon što su kontrolirali dob, samoprocjenu zdravlja, depresiju i status skrbnika, samo je religijska aktivnost bila značajno povezana s ukupnom kvalitetom života među ženama. Ovo je utvrđivanje dosljedno nekim zapadnjačkim studijama koje upućuju na to da su starije žene vjerojatno više uključene u vjerske aktivnosti od starijih muškaraca čime vjerojatno više održavaju prijateljstvo i sustave potpore (Arber idr. 2002; Meisenhelder 2003, 343-348). Hong idr. (2009) istraživali su 5294 neinstitucionaliziranih starijih odraslih osoba i zaključili da je rad za život bio povezan s visokim stopama depresije kod starijih osoba. Prema tradicionalnoj društvenoj vrijednosti, ako starije osobe i dalje trebaju raditi, to može ukazivati da njihova djeca nemaju sposobnost pružanja podrške, što može uzrokovati depresiju i razočaranje kod starijih osoba (Hong idr. 2009, 1-11). Prema autorima ključno je pronalaženje ravnoteže između neovisnosti i povezanosti. Zadovoljno starenje znači da osoba može uživati potpunu samostalnost s jedne strane i imati osjećaj sigurnosti s druge strane u suočavanju s problemima (Baars 2012, 135). Poticanje aktivnog starenja je formulacija koju podržavaju mnogi autori (Gilleard idr. 2007; Horowitz i Vanner 2010; Bryła idr. 2013).

S psihološkog stajališta, odnos osobe i okoliša određuje se i obilježjima osobe (dobi, socioekonomskom statusu, načinu kopiranja, neuroticizmu), karakteristikama okoliša i njihovoj međusobnoj interakciji. Praćenje okolišnih čimbenika kroz vrednovanje različitih segmenata u okolini dovodi do različitih rezultata u procjeni. To znači da pojedinci različito percipiraju segmente koji utječu na njihovu kvalitetu života. Primjerice još 1997. godine u istraživanju okoliša i kvalitete života, ispitanici su najviše bili nezadovoljni nedostatkom pojedinih segmenata u prostoru kao što su: igralište, noćni život, noćno osvjetljenje i zelenilo. Zabrinutost zbog (nedostatka) trgovina i javnog prijevoza bila je relativno niska (Van Poll 1997; Salleh i Badarulzaman 2012).

U ranoj definiciji kvalitete okoliša kod Lansinga i Maransa<sup>11</sup> (1969), zadovoljstvo je jedan od ključnih kriterija po kojima bi opseg kvalitete okoliša mogao utjecati na kvalitetu življenja. Socijalna kohezija i susjedstvo ključni su za potporu sve većem broju starijih ljudi koji žive u zajednici.

U Rotterdamu je 2013. godine obavljeno istraživanje u kojem je trebalo identificirati osobine pojedinca i susjedstva koje utječu na socijalnu koheziju među starijima. Analiza je pokazala da i pojedinačne osobine (dob, etnička pripadnost, godina boravka, dohodak i samoprocjena zdravlja) i susjedstvo utječu na socijalnu koheziju među starijima. Rezultati sugeriraju da bi političari trebali razmotriti takve čimbenike u promicanju socijalne kohezije među starijim ljudima koji žive u zajednici. Politike usmjerene na poboljšanje sigurnosti susjedstva mogu dovesti do veće razine socijalne kohezije (Van Dijk idr. 2013; Rioux i Werner 2011). U psihologiji i sociologiji postoje značajni dokazi da socijalni odnosi potiču sreću za pojedinca. Ipak, veličina njihovih utjecaja i dalje je uglavnom nepoznata (Powdthavee 2008, 1459-1480). Samopoštovanje subjektivnog blagostanja ne ovisi samo o objektivnim čimbenicima kao što su zdravlje i dohodak, nego je ovisno i o aktivnom sudjelovanju u društvenom životu, mjereno kao sudjelovanje u udrugama, iako su njegovi učinci umjereni (Powdthavee 2008, 1459-1480).

Društveni kapital<sup>12</sup> može se široko definirati kao sredstva koja su dostupna pojedincima i grupama kroz društvene veze s njihovim zajednicama. Iako se definicija društvenog kapitala nastavlja razvijati, većina naglašava njegovo obilježje kao kolektivno dobro. Društveni kapital može se smatrati nekom vrstom javnog dobra koje pruža skupina ili zajednica, a posljedice tog društvenog kapitala obično se dijele šire od članova zajednice.

To je kolektivna dimenzija društvenog kapitala koja ga je najviše razlikovala od drugih postojećih koncepata, kao što su društvene mreže i društvena podrška zajednice s visokim zalihama društvenog kapitala. Takve zajednice također su bolje opremljene za zaštitu zdravlja svojih građana, pa čak i onih koji su socijalno izolirani. Društvene veze koje postoje unutar zajednice stoga predstavljaju oblik kapitala koji se može iskoristiti za zdravlje (Cannuscio idr. 2003, 395-400). Obiteljski društveni kapital glavna je odrednica društvenog sudjelovanja starijih odraslih osoba. Njihova uključenost povezana je s visokom razinom subjektivnog blagostanja (Herrera idr. 2014; Litwin i Stoeckel 2013; Torche i Valenzuela 2011).

---

<sup>11</sup> "Okruženje visoke kvalitete prenosi osjećaj dobrobiti i zadovoljstva stanovništvu kroz osobine koje mogu biti fizičke, društvene ili simbolične"

<sup>12</sup> Skup kulturnih osobina koje stvaraju i održavaju međusobno povjerenje i suradnju među članovima određene društvene zajednice (Štulhofer 2003).

Usprkos općoj pozitivnoj ocjeni starijih Europljana u njihovom životnom prostoru, postoje velike razlike u dohodovnim razlikama u zemljama i kućanstvima u čimbenicima koji su objasnili zadovoljstvo stanovništva. Utvrđivanje čimbenika povezanih sa zadovoljstvom u kućanstvu u različitim skupinama kućanstava i nacionalnim kontekstima može olakšati razvoj politika EU-a koje pokušavaju učiniti starenje na mjestu održivom i prikladnom opcijom za starije Europljane (Fernandez-Caro idr. 2015, 187-202). Većina nalaza pokazala je da muškarci i žene diljem zemalja imaju slične kulturne norme za bliske veze, norme povjerenja, predanost i poštovanje (Felmlee i Muraco 2009, 318).

Snažna socijalna podrška povezana je s nižom smrtnošću i morbiditetom i boljom samoprocjenom zdravlja u kasnijem životu. Slabo mentalno zdravlje i senzorna oštećenja bili su povezani s manjim mrežama i manjim zadovoljstvom za muškarce i žene. Žene imaju veće socijalne mreže<sup>13</sup>, no odvojeni, rastavljeni ili samci imaju znatno veći utjecaj na društvene mreže muškaraca. Kvaliteta i estetika stanovanja i susjedstva povezane su s mentalnim blagostanjem, ali isto tako i osjećaji poštovanja, statusa i napretka koji se mogu izvesti iz onoga što oni stvaraju, serviraju i govore o onima koji tu žive (McLaughlin idr. 2010, 671-679; Bond idr. 2012, 1-14). Sudjelovanje u više produktivnih aktivnosti treba povećati subjektivno blagostanje jer ta ponašanja povećavaju socijalnu integraciju i pružaju značajne društvene uloge. Društva s manje resursa, kao i pojedinci i obitelji s različitim individualnim povijestima, moraju biti inovativni i kreativni u zadovoljavanju potreba starijih ljudi kao i svih članova obitelji (Baker idr. 2005; Antonucci idr. 2011). Visoke razine obrazovanja povezane su s većim osobnim mrežama među muškarcima i ženama (Ajrouch idr. 2005, 311-317). U inozemstvu postoje i istraživanja o tome je li u starijoj dobi bolje imati vlastiti prostor, odnosno je li vlasništvo nad stambenim prostorom ključno za doživljaj kvalitete života. Prema jednom istraživanju, kod starijih osoba vlasništvo potiče i sigurnost, posjedovanje nekretnine omogućava financijsku sigurnost, smanjuje troškove stanovanja i predstavlja količinu bogatstva koju starije osobe mogu unovčiti i konzumirati ako to žele učiniti (Toussaint 2011, 10-11). Zadovoljstvo stambenim prostorom veće je za starije osobe i stanovnike s višim dohotkom te tamo gdje je stambeni prostor obnovljen i dovoljno velik (Dekker idr. 2011, 479-499). Za većinu pojedinaca, stanovanje je najveća potrošnja i investicija u životu, a kao rezultat toga zadovoljstvo stanovanja je važna komponenta njihove kvalitete života.

---

<sup>13</sup> Socijalne mreže čine polje formalnih i neformalnih odnosa pojedinca, unutar kojih se omogućuje razmjena usluga, informacija i drugih dobara (Mandič i Hlebec, 2005).

Istraživanje odrednice individualnog zadovoljstva stanovanja kao posebne domene zadovoljstva životom kao cjelinom, ispitivanjem učinaka individualnih i kućanskih atributa (prediktivnih), stambenih karakteristika (hedonika) i društvene interakcije koje nastaju u stambenom susjedstvu pokazuje poveznicu svih čimbenika (Toscano i Amestoy 2008, 13-17; Timonen idr. 2013, 171-179). Zadovoljstvo stanovanja nije samo snažan prediktor kvalitete života, već i najznačajniji posrednik za karakteristike stanovnika, percepciju stanovanja i percepciju susjedstva. Rezidentne osobine, uključujući demografske i društveno-ekonomske uvjete, posredno predviđaju kvalitetu života u odnosu na percepciju i zadovoljstvo stanovanjem. Stanovanje može igrati ključnu ulogu u održavanju zdravlja i neovisnosti starenja stanovništva (Lee i Park 2010; Evans idr. 2002). Stanovanje je temeljni element ljudskog životnog standarda. Dobri stambeni uvjeti također su bitni za zdravlje ljudi i utječu na razvoj. Nadalje, troškovi stanovanja čine velik udio u proračunu kućanstva i čine glavnu komponentu kućanskog bogatstva. Zadovoljstvo stanovništva je široki pojam i povezan je s višedimenzionalnim aspektima, uključujući fizičke, društvene i susjedske čimbenike, kao i psihološke i sociodemografske karakteristike stanovnika (Balestra i Sultan 2013, 1-42). Podrška dugoročnoj izgradnji društvenog kapitala unutar zajednica može dovesti do poboljšanja javnog zdravlja i dobrobiti za starenje stanovništva (Koutsogeorgou idr. 2014, 627-641). Rezultati pokazuju da stanovnici nerazvijenih četvrti imaju znatno veću razinu psiholoških poteškoća nego stanovnici razvijenih četvrti (Joongbaeck 2010, 260-271). Obitelji mogu imati ključnu važnost za izgradnju zajednice u promicanju poznavanja stanovništva i pomoći stanovnicima uključivati se u društvene aktivnosti (Kemp idr. 2012, 491-502). Čini se da različiti institucionalni aranžmani imaju ključnu ulogu u poboljšanju zadovoljstva stanovanja starijih ljudi koji žive sami, dijeleći dom s drugima slične dobi ili živeći s djecom (ili unucima). Posljednje u nekom smislu pomaže ponovno uspostaviti filijalnu pobožnost koja je gotovo izgubljena u suvremenom društvu (Hui i Hung Yu 2009, 851-860). Longitudinalna studija s prikupljenim podacima od preko 308.849 pojedinaca, praćenih u prosjeku 7,5 godina, ukazuje da osobe s odgovarajućim društvenim odnosima imaju 50% veću vjerojatnost preživljavanja u usporedbi s onima s lošim ili nedovoljnim društvenim odnosima. Intervencije temeljene na društvenim odnosima predstavljaju veliku priliku da poboljšaju ne samo kvalitetu života nego i preživljavanje. Veličina ovog učinka je usporediva s prestankom pušenja i premašuje mnoge poznate čimbenike rizika za smrtnost (npr. pretilost, fizičku neaktivnost) (Holt-Lunstad idr. 2010).

Osjećaj svrhe u životu važna je životna domena, iako ostaje nejasno je li svrha i financijska vrijednost pojedincima. Potrebno je aktivno održavati društvene mreže i interakciju starijih ljudi radi promicanja mentalnog zdravlja i sprječavanja bolesti. Starije osobe koje se suočavaju s niskom razinom društvenog kapitala imaju veću vjerojatnost problema mentalnog zdravlja, stoga treba osnažiti društveno umrežavanje i održavati bogati društveni život (Forsman 2012).

Interakcija osoba s fizičkim prostorom događa se u uzajamnoj povezanosti utjecaja na okoliš i utjecaja na ljudsko ponašanje. Važnost fizičkog okruženja u kojem ljudi provode svoje svakodnevne aktivnosti i utjecaj koji prostori imaju na ljudsko ponašanje su neupitni. Loše dizajnirana okruženja ili ona bez učinkovite prilagodbe stvaraju negativan utjecaj na sigurnost i kvalitetu života korisnika. U tom kontekstu, razumijevanje kako ljudi osjećaju prostor temelj je za odnos osoba-okoliš i njegove posljedice. Stoga je potrebno predložiti alate koji vrednuju percepciju okoliša i koji pokazuju da su dobiveni podatci pouzdani i da se mogu prilagoditi posebnim karakteristikama starijih korisnika (Paiva idr. 2015, 6505-6512). U Pragu su primjerice prilično zadovoljni svojim stambenim uvjetima (Temelova i Dvorakova 2012, 310-317). Istraživanje u Portugalu provedeno 2016. godine u skupini starijih osoba (54 ispitanika - 22 u instituciji i 32 koji žive samostalno u zajednici) koje su pohađale satove plesa, u usporedbi kvalitete života pokazalo je da su kod osoba u instituciji bili nešto slabiji rezultati na prosječno 12 procjena: osjećaju se učinkovitijima, odnosno osjećaju se učinkovitije u prevladavanju problema i optimističnijima. Obje su skupine tvrdile da su poboljšale zdravlje, obavile zadatke svakodnevnog života s manje stresa, osjećale se aktivnijima, sposobnijima i u boljem fizičkom stanju. Poduke plesa pomogle su oslobađanju emocija i tjeskobe, zabavi, osjećaju sigurnosti, samozadovoljstvu, pozitivnim razmišljanjima i osjećajima, boljim društvenim odnosima. Zaključeno je da su plesni tečajevi pridonijeli održavanju ili poboljšanju nekih pokazatelja koji se odnose na kvalitetu života (Varregoso idr. 2016, 107-108).

Aktivno starenje podrazumijeva ne samo da je starija osoba aktivno uključena u vlastita događanja, već da je uključena i u odluke koje se odnose na ekonomske, financijske, stambene i društvene prilike koje utječu na njihov boravak u vlastitom domu. Strategije koje pomažu starenju u zajednici također mogu biti korisne u svim segmentima stanovništva i mogu promicati međugeneracijsko učenje i interakciju jer znanje i iskustvo starijih odraslih nastavljaju jačati zajednicu. Okolišne i društvene resurse treba uzeti u obzir prilikom proučavanja mreža socijalne podrške (Farber i Shinkle 2011, 1-4).



Više nego u mnogim drugim zemljama, skrb o starijim ljudima u Švedskoj je javna odgovornost, a privatne i dobrovoljne organizacije imaju skromnu ulogu. U Švedskoj službe podrške uključuju pomoć u kući, domove umirovljenika, a institucijsku skrb prvenstveno pružaju javne, neprofitne organizacije. Usluga je zajamčena, kontrolirana pravilima i propisima, dostupna je svim ljudima kojima je potrebna podrška. Svaka općina ima odjel za socijalnu skrb koji se oslanja na multidisciplinarni tim za procjenu potreba i usluga koje zahtijevaju starije osobe koje žive u zajednici. Naknade se temelje na prihodima i sposobnosti plaćanja. Društvene mreže podrške su višestruki konstrukti koji otežavaju istraživačima da odrede uzročne odnose. Međutim, postoje osobni atributi dosljedno povezani s mrežama socijalne podrške. Pokazalo se da spol ima važnu ulogu u podršci mreža. Žene imaju veće socijalne mreže, raznovrsnije izvore, pružaju i primaju više podrške od muškaraca i imaju više kontakata sa svojim društvenim mrežama. Čini se da ovo naglašava važnost psiholoških i društvenih aspekata skrbi o starijima. Analiza razlika u zemljama u sastavu društvenih mreža otkriva razlike među generacijskim solidarnim obrascima u nacionalnim okruženjima. Povjerljivi odnosi s djecom posebno su vidljivi među starijim odraslim osobama južnog dijela Europe, što upućuje na snažnu međugeneracijsku solidarnost među obiteljima u ovom dijelu kontinenta. Nasuprot tome, stariji Europljani koji žive u sjevernim i zapadnoeuropskim zemljama imaju jače veze s prijateljima i vjerojatnije će razmotriti prijatelje kao osobe od povjerenja. U Istočnoj Europi tendencija je da imaju manje društvene mreže koje često čine samo supružnik ili partner (Stoeckel i Litwin 2013, 277-287).

Promjene vezane uz dob u društvenim odnosima varirale su s različitim dimenzijama i značajne međuljudske razlike postoje u tim putanjama. Emocionalna podrška bila je relativno stabilna s napredovanjem dobi, dok su druge vrste primljene podrške povećane s dobi (Shaw 2007, 90-99). Nadalje, otkriven je pad u kontaktu s prijateljima, podršci zadovoljstvu i predviđenoj podršci. Rezultati naglašavaju dinamičnu prirodu društvenih odnosa u kasnom životu. Osim toga daju i dokaze o starijim osobama koje upravljaju svojim društvenim vezama kako bi odgovorile na izazove starenja i upućuju na važnost međusobne povezanosti davanja i primanja podrške (Shaw 2007, 90-99). Nije dovoljno zadovoljiti samo tjelesne ili zdravstvene potrebe. Osim toga zadovoljene moraju biti emocionalne i psihološke potrebe (McCamish-Svensson idr. 1998, 163-176). Pored većine koja želi ostati u vlastitom prostoru, postoje i starije osobe koje žele smještaj u instituciju. Manje istraživanje na uzorku od 32 osobe, koje je proučavalo zašto osobe žele napustiti svoj dom u starosti, došlo je do spoznaje da postoje ljudi koji ne žele nužno živjeti u svom

domu što je dulje moguće i za koje se čini da se za ulazak u instituciju u svom životu trebaju pripremiti i na kraju preuzeti kontrolu nad svojim životom u instituciji. U istraživanju je izvršena kategorizirana tematska analiza sadržaja podataka prikupljenih iz intervjua. Analiza otkriva tri tipa motivacije: imati podršku, biti okružen drugima i odabrati vlastito mjesto za život. Postoje ljudi koji pate od usamljenosti i žele se družiti ili se spojiti s drugim starijim osobama. Prema ispitivanju, većina njih ostala je bez bračnog partnera, neki su izgubili prijatelje, neki imaju prijatelje iz djetinjstva u instituciji i žele im se pridružiti (Rioux 2010, 115-120). Sve to dokazuje da je širenje i održavanje socijalne mreže izuzetno važno u ovoj dobi. Često i kao parovi odlaze u institucije kako bi bili zajedno i kad će im trebati pomoć, ali će ipak biti zajedno jedno kraj drugog. Postoje ljudi koji misle da im je potrebna pomoć u slučaju nesigurnog zdravstvenog stanja. Ne osjećaju se sigurno u vlastitoj sredini i vjeruju da će im u instituciji u pravo vrijeme biti pružena pomoć. Stariji ljudi boje se različitih stanja: nemoći, bolesti, da se neće moći brinuti za sebe, padova, da neće moći obavljati svakodnevne životne aktivnosti kao što su kupovina, plaćanje računa, čišćenje i sl. Instituciju u tom slučaju smatraju prikladnom sredinom za nastavak svog življenja. Također, starije osobe žele odabrati mjesto, odnosno instituciju gdje će dalje živjeti, a često naravno žele biti u poznatoj okolini, žele biti neovisni od vlastite djece, žele poznatu okolinu. Čak se ni k vlastitoj djeci ne žele preseliti jer im je to nepoznata sredina (Rioux 2010, 115-120; Rioux i Werner 2011, 158-169).

Preseljenje u dom za starije osobe je kritično životno iskustvo, no s druge strane starije osobe uspijevaju se nositi s tim i mogu stvoriti identitet za svoju budućnost. Kako bi se mogli nositi s traganjem za svojim identitetom, trebaju razgovor o identitetu u novim društvenim mrežama u domu, kao i podršku članova svojih obitelji i profesionalnih pomagača. Prebacivanje u dom destabilizira identitet koji je osoba živjela do tada. Prvi izazov s kojim se suočavaju je suočavanje s psihofizičkim i društvenim promjenama. Svaka promjena koja se prihvaća dovodi do prilagodbe novoj situaciji (Riedl idr. 2013, 1-9). Još jedan zadatak u procesu prilagodbe je održavanje autonomije i mobilnosti kako bi mogli sudjelovati u donošenju odluka i doživjeti pozitivno samopoimanje. Novi identitet nastaje na međusobnoj osnovi kroz međusobno subjektivnu interakciju s različitim ljudima u društvenim mrežama. Zajednička veza razvija se pripovijedanjem priča koje oblikuju identitet. Ako se to dogodi, stanovnici domova za starije mogu izgraditi normalnost sličnu svojoj prethodnoj "normalnosti". Razvija se stabilan promijenjeni identitet. Stanovnici domova sudjeluju u procesima donošenja odluka o životu u domu i tamo ostaju buduće orijentirani (Riedl idr. 2013, 1-9).

U Kini se tek razvija odnos prema skrbi u institucijama, što je suprotnost tradicionalnoj skrbi obitelji za svoje starije članove. Postoji također i posebna napetost stvorena između starijih ljudi, članova njihovih obitelji i zajednice o tome predstavlja li stambena skrb, odnosno skrb u instituciji, prekid s tradicijom i neuspjeh djece da poštuju svoje obveze prema svojim roditeljima (Cheng idr. 2011, 719-721).

Socijalna podrška i socijalna mreža izuzetno su važne kod starijih osoba. Socijalna podrška često se spominje kao učinkovita mjera u smanjenju samoubilačke ideje. Istraživanje provedeno u Japanu imalo je cilj utvrditi jesu li kućni posjeti volontera socijalne skrbi povezani s nižim rizikom samoubilačkih ideja među starijima. Rezultat je pokazao da su kućni posjeti dobrovoljnih volontera socijalne skrbi značajno povezani s nižom suicidalnom ideacijom među starijim osobama, posebno kod žena (Noguchi idr. 2014, 619-627).

U Japanu integrirani sustav skrbi u zajednici ima cilj omogućiti ljudima da nastave živjeti u svojim domovima. Na temelju koncepta, jedna od aktivnosti Centra za opću podršku zajednice je pružiti preventivnu intervenciju temeljenu na Programu potpore zajednice. Životni problemi povezani su s ocjenama kliničke demencije, globalnom kognitivnom funkcijom, depresivnim stanjem i apatijom. Rezultati sugeriraju da postoje ljudi koji ne reaguju na kontrolni popis ili se prijavljuju za osiguranje dugotrajne njege, što znači da se "skrivaju" u zajednici, vjerojatno zbog apatije ili depresivnog stanja. Potrebno je organizirati učinkovitiji integrirani sustav skrbi u zajednici, a trebalo bi se uglavnom usredotočiti na preventivnu skrb (Takada idr. 2014, 188-195). Također, novija istraživanja u Japanu sugeriraju alate i karakteristike koji doprinose učinkovitom otkrivanju, ali i prevenciji depresije kod starijih osoba (Murayama idr. 2016, 247-252). Istraživanje usporedbe funkcioniranja lokomotornog sustava i pojave depresije dokazalo je da postoji veza između lokomotornog sindroma i depresije, stoga nove strategije trebaju uzeti u obzir i depresivne simptome i simptome u lokomotornom sustavu kako bi poboljšale kvalitetu života povezanu sa zdravljem starijih osoba koje žive u zajednici (Nakamura idr. 2017, 1-6). Demografskim promjenama i porastom broja starijih osoba društvo je suočeno s neminovnim promjenama u razvoju oblika skrbi o starijim osobama, kao i njihovo participiranje u društvenom, političkom i ekonomskom životu. Zaštita starijih osoba i njihovo sudjelovanje u tome još je uvijek upitno (Lulić i Rešetar Čulo 2013, 65-93). Ako se sagledaju pravni aspekti zaštite starijih osoba, vidljivi su nekonzistentni principi zaštite, nejasni pravni mehanizmi zaštite starijih osoba, nedovoljno argumentirano i jasno razloženo stajalište o interdisciplinarnim mogućim oblicima skrbi i sustavima zaštite, što

sve skupa dovodi do nejasnog oblika skrbi za starije osobe, neuključenosti starijih osoba u organizaciju i odvijanje skrbi te kao posljedicu i socijalnu izolaciju. Socijalna isključenost ne podrazumijeva samo siromaštvo koje je također problem starijih osoba, već i socijalnu izoliranost i nedostatak institucija različitih oblika. Sveukupno poboljšanje životnog standarda stanovništva zemlje dovodi do duže očekivane životne dobi. Naglašavanje medicinskih i psiholoških poteškoća s kojima se suočavaju stariji ljudi bitno je za poznavanje statusa njihove kvalitete života. (Lulić i Rešetar Čulo 2013, 65-93).

Istraživanje provedeno u Indiji iz 2017. godine na 250 ispitanika srednje dobi 65,8 godina pokazalo je da je ukupna kvaliteta života dobra i izvrsna. Društvene karakteristike kao što su obrazovanje, bračni status i spol igraju ulogu u percepciji kvalitete života među ispitanicima. Kvaliteta života u četiri je različite domene bila znatno bolja kod muškaraca u odnosu na žene. Fizičke, ekološke i psihološke domene bile su bolje kod obrazovnijih osoba i onih koje žive sa supružnikom (Shah idr. 2017, 101-105). Mjerenje zdravstvene kvalitete života starih ljudi postalo je važno pitanje javnog zdravstva sa starenjem stanovništva u zemljama u razvoju. Rezultati studije u Iranu 2010. godine pokazali su ne samo da se zdravstvena kvaliteta života starijih ljudi smanjuje starenjem već i da svaki od ostalih čimbenika poput spola, pismenosti i kroničnih bolesti može smanjiti zdravstvenu kvalitetu života starijih osoba. Kod ispitanih osoba najveća razlika u rezultatu zdravstvene kvalitete pokazala se u odnosu na spol, gdje se zdravstvena kvaliteta pokazala lošijom kod žena. Osim toga ova je studija pokazala da dobna skupina može pojedinačno utjecati na mentalne i fizičke komponente zdravstvene kvalitete života, bez obzira na druge čimbenike (Aghamolaei idr. 2010, 185-191).

S rastućim brojem starijih osoba, osobito u posljednjih nekoliko desetljeća, povećava se popunjenost i broj domova za starije osobe, ali iskustva i problemi starijih u tim centrima se manje istražuju. Kvalitativno istraživanje u Iranu, provedeno u domu za starije osobe u 2016. godini putem nestrukturiranog upitnika na uzorku od petnaest starijih osoba, pokazalo je da većina starijih osoba nije bila zadovoljna uvjetima u instituciji. Čini se da je korisno, društveno i obiteljsko obrazovanje za kulturno poštivanje starijih osoba u zajednici, podučavanje o odgovarajućim strategijama suočavanja, korištenje iskustava i savjetovanje sa starijim osobama dobar put k održavanju osjećaja korisnosti, neovisnosti i sprječavanja osjećanja monotonog i rutinskog ritma života. Navedeno se može postići kroz edukaciju zajednice i obitelji kroz medije i informativne kampanje, korištenje iskustava starijih osoba za poboljšanje higijenskog i zdravstvenog stanja, podučavanje o odgovarajućoj strategiji suočavanja i savjetovanja u smislu planiranja i izvršavanja

odgovarajućih aktivnosti kako bi se održao osjećaj korisnosti i neovisnosti (Mohammadinia idr. 2017, 5015-5023). Nadalje, u usporedbi s kvalitetom života i mentalnim zdravljem kod stanovnika u domu za starije osobe i osobe u vlastitom prostoru u gradu Shirazu, rezultati su pokazali da kvaliteta života ima značajnu razliku u mentalnom zdravlju u dvije skupine (Mokhtari i Ghasemi 2010, 53-63).

Značaj fizičkog prostora i izgled mjesta razlikuje se od jedne do druge osobe, ali mnoge starije osobe vole živjeti u svom domu do kasno u životu, a neke od njih otvoreno inzistiraju da žele umrijeti u vlastitom domu (Mokhtari i Ghasemi 2010, 53-63). Mentalno i fizičko zdravlje, kao i rizik od smrtnosti pod utjecajem su količine i kvalitete društvenih odnosa (Umberson i Montez 2010, 11).

Također, društveni status i socijalna interakcija, kao i smanjenje redovitih aktivnosti, gubitak doma, privatnosti, osobni stil života i šanse za život s obitelji i prijateljima utječu na kvalitetu života (Riedl idr. 2013, 1-9). Istraživanje u Kanadi populacije starijih kineskih imigranata u istraživanju potreba zdravstvene skrbi i glavnih korelatora kvalitete života ustanovilo je da su domovi za starije osobe, viši centri koji pružaju programe i usluge te kućanske usluge glavne potrebe ispitanika. Oni koji su pokazivali veću psihološku dobrobit bili su fizički pokretniji, percipirali manje potreba za uslugama, izrazili zadovoljstvo kvalitetom svog susjedstva te pokazali višu razinu zadovoljstva životom (Chow 2012, 347-358). Problem eskalacije višestrukih kroničnih stanja kod starijih odraslih osoba u Kini privlači pažnju javnog zdravlja zbog povećanog udjela starijih osoba. Studija objavljena 2018. godine pokušala je procijeniti prevalenciju i čimbenike povezane s četiri kronične bolesti kod starijih odraslih osoba u Haikouu, glavnom gradu pokrajine Hainan u Kini. U ovoj studiji ispitane su 9432 osobe starije dobi od 60 i više godina u ruralnim/urbanim područjima u Haikouu. Intervjui su prikupljali podatke o prisutnosti četiri glavne kronične bolesti, kao i sociodemografske karakteristike, čimbenike načina života. Sveukupno, 31,7% ispitanika izvijestilo je o najmanje jednoj od četiri kronične bolesti. Spol, mjesto prebivališta i konzumacija alkohola su također povezani s nekim od kroničnih stanja. Potrebno je usklađivanje zdravstvenih usluga kako bi se zadovoljile cjelovite potrebe starijih osoba (Zhao idr. 2018). Istraživanje u instituciji na 100 ispitanika u Maleziji, čiji cilj je bio istražiti sudjelovanje u zanimljivim aktivnostima među starijim osobama u ustanovi i njihov doprinos kvaliteti života, pokazalo je kvalitetu života značajno visokom. To ukazuje da paradoks o invalidnosti postoji u institucijama (Dahlan i Sultan Ibrahim 2014, 165-171).

Istraživači objašnjavaju visoke rezultate kao rezultat smislenih društvenih odnosa i osobnih atributa sudionika kao što su demografska obilježja, iskustvo u životu, kulturne vrijednosti, osobna uvjerenja i razlog za preseljenje. Zdravstveni stručnjaci bi trebali uzeti u obzir te čimbenike u osmišljavanju programa za poboljšanje kvalitete života (Dahlan i Sultan Ibrahim 2014, 165-171).

Kroz istraživanja često se naglašava odnos između duhovnog i socijalnog zdravlja starijih osoba i njihove sposobnosti da samostalno skrbe o sebi (Mohammadi idr. 2017, 471-475). Stoga bi bilo preporučljivo zadržati fokus na davanju resursa za poboljšanje socijalnog i duhovnog zdravlja kako bi poboljšali sposobnost samozbrinjavanja kod starijih ljudi. Društveno zdravlje jedna je od značajnih dimenzija zdravlja čovjeka koja dokazano ima pozitivnu korelaciju sa zdravstvenim stanjem i ponašanjem u različitim dimenzijama.

Studija koju je proveo Sayfzadeh pokazala je da postoji značajna povezanost između dobi i društvenog zdravlja, tako da je povećanje dobi povezano sa smanjenjem socijalnog zdravlja. Također, stupanj obrazovanja i prihoda starijih osoba obrnuto je povezan s njihovim društvenim zdravljem (Seyfzadeh 2015, 95-106).

U Indiji je također ustanovljeno da trenutna statistika za starije osobe daje uvod u novi skup medicinskih, socijalnih i ekonomskih problema koji bi se mogli pojaviti ako se ne poduzme pravodobna inicijativa u tom smjeru. Potrebno je naglasiti medicinske i psihosocijalne probleme s kojima se suočavaju starije osobe i strategije za poboljšanje kvalitete života (Qadri 2013, 514-522).

Baby-boom generacija ulazi u sredinu svojih 60-ih godina i svojom brojnošću stavlja niz pitanja i problema koji se time nameću pred odgovorne ljude, društvo i zajednicu (Hodge 2008). Osmišljavanje novih ideja, poticanje dobre i kvalitetne skrbi za starije osobe definitivno predstavlja izazov na svim područjima društva te stvara mogućnost za kreativnosti i domišljatosti u vlastitim naporima doprinosa skrbi za starije osobe. Projekcija porasta broja starog i vrlo starog stanovništva u svijetu zasigurno djeluje zastrašujuće i zabrinjava cjelokupnu populaciju. Primjerice očekuje se da će broj osoba starijih od 65 godina u Sjedinjenim Američkim Državama porasti više nego dvostruko, od 40,2 milijuna u 2010. godini na 88,5 milijuna u 2050. godini. Oni u dobi od 85 i više godina projiciraju se gotovo trostruko, od 6,3 milijuna u 2015. godini na 17,9 milijuna u 2050. godini i čine 4,5% ukupnog stanovništva (Harris-Kojetin idr. 2016).

Ova “najstarija stara” populacija ima tendenciju da ima najvišu stopu invalidnosti i najveću potrebu za dugoročnim uslugama skrbi, a vjerojatnije je i da će biti udovice i bez mogućnosti da im netko iz vlastite obitelji pruža pomoć u dnevnim aktivnostima (Feder i Komisar, 2012; Houser idr. 2012; Harris-Kojetin idr. 2016). Sistematični prikaz trideset i jedne kvalitativne studije o kvaliteti života osoba u dugotrajnoj skrbi u institucijama utvrdio je četiri ključne teme: prihvaćanje i prilagodbu starijih osoba, povezanost s drugima, obiteljsko okruženje u instituciji, praktičnu skrb. Ljudi u institucijskoj skrbi izrazili su zabrinutost zbog nedostatka autonomije i poteškoća stvaranja odgovarajućih odnosa s drugima. Istraživači su naveli da su moguća pozitivna iskustva u domovima skrbi i da su ona važna za kvalitetu života osoba smještenih u institucije. Podržavaju pristup usmjeren prema starijim osobama i njihovoj individualnosti te naglašavaju važnost razumijevanja stava starijih osoba u domu za starije osobe prema životu u samoj ustanovi (Bradshaw idr. 2012, 429-440).

Kvalitativna studija u Kraljevini Bahrainu, koja stigmatizirano gleda na smještaj u instituciju i navedeno smatra odbacivanjem starijih osoba od članova obitelji i kršenje obiteljskih vrijednosti, provedena u okviru intervju s devet štićenika doma za starije osobe kako bi se ustanovilo iskustvo življenja starijih osoba u instituciji, pokazala je nekoliko elemenata iz analize dobivenih podataka koji su ukazivali na to da nema izbora, nema slobode, nedostatak je pažnje, neman i loši su prostori za starije osobe. U svakom slučaju, pokazalo se da su osobe u instituciji sposobne unutar takvog okruženja izgraditi život u vlastitom svijetu. Starije osobe mogu pronaći nove načine za život u novom okruženju čak i ako potpuno ne prihvaćaju situaciju. Ovaj složeni proces uključuje borbu za povratak u život koji je što bliži onome kakav je osoba živjela prije smještaja u instituciju (Buthaina 2014, 85-93). S obzirom na brz rast starije populacije u nadolazećim desetljećima, posao je vlasti da se usredotoči na izazove s kojima se suočava zdravstveni, društveni i socijalni sustav i da koriste metode predvidljivosti za sveobuhvatno i sustavno upravljanje problemom (Goharinezhad idr. 2016).

U manjem istraživanju koje je uspoređivalo kvalitetu života starijih osoba s obzirom na smještaj, pokazalo se da je kvaliteta života u nekim segmentima za osobe u instituciji bolja u odnosu na vlastito kućanstvo. Usporedba je pokazala da osobe koje se nalaze u domu za starije u većini domena kvalitete života koje su ispitivane upitnikom pokazuju veće zadovoljstvo u odnosu na osobe u vlastitom kućanstvu. Posebno treba naglasiti da se u domenama zajednice (pripadanja zajednici) i sigurnosti (osjećaja sigurnosti) ispitanici u domu osjećaju i zadovoljnije i sigurnije. U osjećaju emocionalnog blagostanja i sreće veće

zadovoljstvo imaju osobe koje se nalaze u vlastitom kućanstvu u odnosu na osobe u domu (Živoder idr. 2015).

Reforme mirovinskog sustava koje su u tijeku u mnogim zemljama obično se odvijaju sporo, procesima malih koraka i s mnogo dimenzija, primjerice povećanje doprinosa, postupno mijenjanje statusa umirovljenja, porast štednje i sl. Dobro dizajnirane reforme utječu na cijeli sustav i čine ga kvalitetnim, no potreban je duži niz godina kako bi se vidjela njihova realna učinkovitost (Bloom 2011, 1-10).

Javni kreatori politike i poslovna zajednica tek počinju priznavati ubrzanje starenja stanovništva. Do sada je bilo malo potrebe za brzim promjenama politike, jer je starenje stanovništva bilo sporo i jer velike generacije baby-booma potiču posao, aktivnost i gospodarski rast. No postat će potreba za prilagodbom politike starijoj populaciji i, što je još važnije, u pogledu umirovljenja baby-boom generacije, usporavanju rasta radne snage i povećanju troškova sustava mirovinskog i zdravstvenog osiguranja, posebno u Europi, Sjevernoj Americi i Japanu. U većini razvijenih zemalja umirovljenje je složen proces koji je često više od tranzicije, uključujući prijevremeno umirovljenje, postupnu ili djelomičnu mirovinu. Ljudi često rade sve dok to više ne mogu činiti, ovisni su o svojoj djeci ili različitim potporama (Bloom 2011, 1-10).



## 4 ISTRAŽIVAČKI DIO

### 4.1 Svrha i cilj istraživanja

Osnovna svrha i cilj istraživanja je ispitati zadovoljstvo kvalitetom života osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi. Pri istraživanju se željelo uvidjeti postoje li različitosti u samoprocjeni kvalitete života starijih osoba koje borave u instituciji u odnosu na osobe koje borave u vlastitom kućanstvu. Pri tome je svakako bilo važno uvidjeti povezanost usluga u zajednici i samoprocjene kvalitete života starijih osoba koje koriste usluge gerontološkog centra kao trenutno jedine dostupne usluge u zajednici. Trenutno ne postoji adekvatan broj istraživanja koja bi potvrdila ili opovrgnula određene mjere koje se provode u skrbi za starije osobe. Posljednje obavljeno istraživanje usporedbe samoprocjene kvalitete života i dostupnosti usluga u zajednici provedeno je 2005. godine; posljednje istraživanje kvalitete života u gradskim područjima provedeno je 2011. godine; posljednja procjena kvalitete života starijih osoba u institucionalnoj skrbi provedena je 2010. godine, stoga su nova istraživanja potrebna kako bi se dobio najnoviji uvid u samoprocjenu kvalitete života starijih osoba i usporedili dobiveni rezultati u odnosu na smještaj te dobio prikaz mogućih aktivnosti i djelovanja u svrhu poboljšanja kvalitete života starijih osoba u gradu Zagrebu, ali i RH.

Na osnovi problema i svrhe istraživanja te istraživačkih pitanja postavljeni su sljedeći ciljevi:

- Usporediti razlike samoprocjene kvalitete života starijih osoba u odnosu na demografske pokazatelje
- Usporediti razlike samoprocjene kvalitete života starijih osoba u odnosu na smještaj
- Definirati utjecaj usluga u zajednici na kvalitetu života
- Odrediti usluge koje pokazuju najveći utjecaj na kvalitetu života starijih osoba
- Odrediti smjer organizacije skrbi o starijim osobama u svrhu poboljšanja kvalitete života.

## 4.2 Istraživačka pitanja i hipoteze

Na osnovi problema i svrhe istraživanja formulirana su sljedeća istraživačka pitanja:

- Kako osobe treće životne dobi procjenjuju kvalitetu života?
- Postoje li razlike u procjeni kvalitete života s obzirom na demografske pokazatelje (spol, dob, obrazovanje, bračni status)?
- Kako osobe u institucijskoj skrbi procjenjuju kvalitetu života?
- Kako osobe koje koriste usluge gerontološkog centra procjenjuju svoju kvalitetu života?
- Povećavaju li usluge u zajednici kvalitetu života starijih osoba?
- Postoje li razlike u samoprocjeni kvalitete života u odnosu na smještaj i korištenje usluga?

Prema istraživačkim pitanjima oblikovane su sljedeće hipoteze:

**H1** Demografska obilježja (spol, dob, obrazovanje, bračni status) utječu na procjenu kvalitete života.

**H2** Osobe s obzirom na smještaj i način stanovanja imaju različitu subjektivnu procjenu kvalitete života, odnosno osobe u vlastitom kućanstvu su zadovoljnije od osoba koje borave u domu za starije.

**H3** Osobe koje žive u vlastitom kućanstvu i koriste usluge gerontološkog centra pokazuju najveće zadovoljstvo životom u usporedbi s drugim ispitanicima.

**H4** Materijalno stanje ispitanika utječe na subjektivno poimanje kvalitete života.

## 4.3 Istraživačka metodologija

### 4.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

Istraživanje je bilo komparativno, organizirano kao usporedba triju skupina:

1. osobe koje koriste usluge gerontološkog centra;
2. osobe koje žive u domu za starije;
3. osobe koje žive u vlastitom kućanstvu, a ne koriste usluge u zajednici.

Prikupljanje podataka putem anketnog upitnika proveo je istraživač u suradnji s djelatnicima gerontoloških centara i uvježbanim volonterima.

Kako bi se zajamčila veća iskrenost, istraživanje je bilo anonimno. Svi anketari prošli su prethodnu edukaciju kako bi se prikupljanje podataka odvijalo standardiziranom procedurom. Prema procjeni za provođenje anketnog upitnika trebalo je približno 30 minuta po ispitaniku.

#### 4.3.2 Opis instrumenta

U istraživanju se koristio prilagođeni upitnik koji se sastoji od nekoliko cjelina:

1. demografski i socioekonomski pokazatelji
2. upitnik kvalitete života WHOQOL-BREF
3. upitnik o korištenju usluga gerontološkog centra.

Demografski i socioekonomski pokazatelji uključuju varijable kao što su spol, datum i mjesto rođenja, obrazovanje, bračni status, prihodi i dr. Upitnik o kvaliteti života SZO (WHOQOL –BREF) sadrži 26 pitanja raspoređena u četiri domene kojima se dobiva uvid o kvaliteti života starijih osoba, njihovom zdravlju i drugim područjima života. Upitnik o korištenju usluga gerontološkog centra sadrži pitanja vezana za korištenje usluga gerontološkog centra. Prikaz podjele kategorija domena upitnika Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF) prikazan je u tablici 1. Kategorizirane su četiri domene s aktivnostima uključenim u svaku od njih.

Domena fizičko zdravlje obuhvaća prikupljanje informacija o dnevnim aktivnostima, ovisnosti o svakodnevnoj medicinskoj pomoći, energiji i umoru, mobilnosti, boli i nemiru, spavanju i odmoru te radnoj sposobnosti.

Domena koja procjenjuje psihološki status osobe obuhvaća prihvaćanje tjelesnog izgleda i sliku o sebi, pozitivne i negativne osjećaje, samopoštovanje, duhovnost, religiju i osobna uvjerenja te razmišljanje, učenje, pamćenje i koncentraciju. Domena socijalnih odnosa uključuje osobne odnose s drugim ljudima, socijalnu podršku i seksualnu aktivnost. Domena okoline obuhvaća financijska sredstva, slobodu i fizičku sigurnost, dostupnost i kvalitetu zdravstvene i socijalne zaštite, kućnu okolinu, mogućnosti dobivanja novih informacija i učenja, sudjelovanje i mogućnosti rekreacije i slobodnih aktivnosti, procjenu fizičke okoline (zagađenje, buka, promet, klima) te dostupnost javnog prijevoza.

**Tablica 1: Prikaz domena u upitniku WHOQOL–BREF**

<b>Tjelesno zdravlje</b>	<b>Psihičko zdravlje</b>	<b>Socijalni odnosi</b>	<b>Okolina</b>
Dnevne aktivnosti Ovisnost o lijekovima Energija i umaranje Pokretljivost Bol i uznemirenost Spavanje i odmor Tjelesno zdravlje Radni kapaciteti	Predodžba tijela i izgled Negativni osjećaji Pozitivni osjećaji Samopoštovanje Religioznost/duhovnost/osobna vjervovanja Mišljenje, učenje, pamćenje i koncentracija	Osobni odnosi Socijalna podrška Seksualna aktivnost	Izvori financija Sloboda, tjelesna sigurnost i zaštićenost Zdravstvena i socijalna skrb: dostupnost i kvaliteta Kućna okolina Dostupnost informacija i usluga Mogućnost rekreacije Okoliš (zagađenje/buka/promet) Prijevoz

Izvor: WHOQOL–BREF 1996.

#### 4.3.3 Opis uzorka

Prilikom odabira ispitanika pokušalo se slijediti proceduru probabilističkog izbora koliko god je to bilo moguće. Populacija je definirana kao osobe nastanjene u gradu Zagrebu, u dobi od 65 i više godina, bez težeg tjelesnog invaliditeta ili težih tjelesnih, kognitivnih ili psihičkih oboljenja (malignomi, demencije, psihoze i sl.).

Uzorkom je obuhvaćeno 180 ispitanika koji su podijeljeni u tri kategorije:

1. osobe koje koriste usluge gerontološkog centra;
2. osobe koje žive u domu za starije osobe;
3. osobe koje žive u vlastitom kućanstvu, a ne koriste usluge u zajednici.

U svakom poduzorku ispitano je 60 osoba, od toga 30 muškaraca i 30 žena. Prikupljanje podataka obavljeno je u sljedećim gerontološkim centrima, domovima za starije i ordinacijama obiteljske medicine: Domu za starije osobe Maksimir (Maksimir) i Domu za starije osobe Sveta Ana Zagreb (Sv. Ana) s pripadajućim gerontološkim centrima i Domu

zdravlja Željezničar (Centar) - liječnica obiteljske medicine. Osobe koje koriste usluge gerontološkog centra i domova birane su probabilističkim odabirom s postojećih popisa korisnika usluga evidentiranih u gerontološkom centru ili domu. Osobe koje ne koriste usluge u zajednici birane su probabilistički s popisa u ordinaciji liječnika obiteljske medicine. Prilikom odabira uzorka u domovima za starije osobe Maksimir i Sv. Ana, prema preporuci Gradskog ureda za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom, kontakt osoba u domu - socijalna radnica je, s postojećeg elektronskog popisa osoba smještenih u stambenom dijelu doma, prema uputi istraživača slučajnim odabirom izabrala osobe za sudjelovanje u istraživanju (svaki peti ispitanik s popisa). U Domu zdravlja Željezničar (Centar) uzorak je prikupljen kod liječnika obiteljske medicine također slučajnim odabirom, iz informatičke baze podataka, na način da je odabran svaki peti ispitanik iz sustava ([www.cezih.hr/](http://www.cezih.hr/)). Nakon toga provjerilo se odgovara li uzorak po predviđenim kriterijima za istraživanje te daje li suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. S pozicije etičkih standarda, ispitanici su dobili informacije o istraživanju, ciljevima i postupku. Svi sudionici dobili su prije anketiranja pisani obrazac o suglasnosti gdje su svojim potpisom izrazili pristanak za sudjelovanje u istraživanju i potvrdili informiranost da je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno, da imaju pravo odustati u bilo kojem trenutku te da su istraživači obvezni pridržavati se Etičkog kodeksa i dužni zaštititi tajnost podataka.

#### 4.3.4 Opis obrade podataka

Prilikom obrade podataka koristila se ANOVA za uspoređivanje kvalitete života triju skupina. Kako bi se isključila mogućnost da na eventualnu razliku utječe razlika u nekoj socio-demografskoj varijabli, provela se analiza kovarijance s demografskim varijablama kao kovarijatama. Također se regresijski provjerila eventualna povezanost korištenja usluga gerontološkog centra i razine kvalitete života. U analizi rezultata učinjena je i usporedba rezultata između dvju domova (Maksimir i Sv. Ana) koji su sudjelovali u istraživanju. Analiza otvorenih pitanja iz anketnog upitnika provedena je kvalitativnom metodologijom.

#### T-test

Putem t-testa ustanovila se značajnost razlike između aritmetičkih sredina dviju promatranih skupina ispitanika. Na temelju tih podataka ustvrdilo se razlikuju li se vrijednosti promatranih parametara statistički značajno.

## ANOVA

U svrhu istraživanja provedena je analiza varijance (ANOVA). Analiza varijance pretpostavlja usporedbu nekoliko različitih uzoraka pri čemu svaki uzorak predstavlja zasebni skup (populaciju) koji se međusobno uspoređuje. Analiza varijance ili ANOVA koristi se u ispitivanju postoji li značajna razlika u aritmetičkim sredinama za više od dvije skupine varijabli.

### Hi kvadrat test

U sklopu istraživanja prikazani su rezultati Hi kvadrat testa. Hi kvadrat test spada u neparametrijske testove i zasniva se na raspodjeli frekvencija unutar tablice kontingencije (a ne na varijabli), za podatke se pretpostavlja da su iz slučajno odabranog uzorka. Ovaj test koristi se u utvrđivanju odstupaju li neke dobivene (opažene) frekvencije od frekvencija koje bi se očekivale pod određenom hipotezom.

### Pearsonov koeficijent korelacije

Kako bi se bolje ispitali odnosi između promatranih varijabli proveden je Pearsonov koeficijent korelacije. Pearsonova korelacija izražava međusobnu povezanost dviju varijabli. Vrijednost ovog testa kreće se u intervalu  $-1 \leq r \leq +1$  pri čemu - predznak korelacije označava negativnu (obnutu) korelaciju, dok + predznak označava pozitivnu korelaciju. Što je vrijednost Pearsonovog koeficijenta korelacije veća kaže se da je korelacija između varijabli jača (značajnija). Za potrebe istraživanja komentirani su koeficijenti korelacije veće od 0,5,  $r > 0,4$ .

Također, u obzir je uzeto i sljedeće:

$r > 0,80$  radi se o jakoj pozitivnoj korelaciji

$0,5 < r \leq 0,80$  radi se o srednje jakoj pozitivnoj korelaciji

$0 < r \leq 0,5$  radi se o slaboj pozitivnoj korelaciji.

#### 4.3.5 Pretpostavke i ograničenja u rješavanju problema istraživanja

Rezultati ovog istraživanja mogli bi dati važne segmente u fundusu znanja o kvaliteti života osoba treće životne dobi u gradu Zagrebu s obzirom na smještaj starijih osoba kao i korištenje postojećih resursa u zajednici. Moguća ograničenja su manji broj korisnika koji koriste pojedine usluge u zajednici i neravnomjerno korištenje usluga. Također, pretpostavka je da je zbog trenutne socioekonomske situacije u Republici Hrvatskoj veća korištenost usluga u obliku pružanja raznih usluga pomoći koje omogućavaju osnovnu

egzistenciju, a manje korištenje usluga koje bi poticale zadovoljstvo starijih osoba u zajednici. Očekuje se da rezultati pokažu različitosti kvalitete života ispitanika u odnosu na smještaj, s većim zadovoljstvom i kvalitetom života osoba koje su u izvaninstitucijskoj skrbi.

#### 4.3.6 Opis očekivanog doprinosa disertacije

U Republici Hrvatskoj i gradu Zagrebu nema novijih istraživanja samoprocjene kvalitete života starijih osoba u odnosu na smještaj starijih osoba i dostupnost usluga koje se pružaju u lokalnoj zajednici. Iako je RH članica EU, primjena i korištenje preporuka u skrbi za starije osobe povezani su s više čimbenika na makro i mikro socioekonomskoj razini koji utječu na organizaciju usluga u lokalnoj zajednici. Uz trendove u Europi i svijetu, cilj je zadržati stariju osobu u mjestu njenog cjeloživotnog boravka pružajući joj potrebne usluge i podršku. Trenutni obrazac takvih usluga u RH provlači se kroz usluge gerontoloških centara koji su u većini osnovani pri domovima za starije osobe.

Podatci ovog istraživanja trebaju prikazati korištenje pojedinih usluga gerontoloških centara te njihov utjecaj na kvalitetu života i usporediti kvalitetu života starijih osoba koje su u institucijskoj skrbi kao i onih koje su u vlastitom kućanstvu, a ne koriste usluge te prikazati samoprocjenu kvalitete života kroz tri postojeća načina življenja starijih osoba u gradu Zagrebu. Dobiveni podatci bit će koristan izvor informacija u procesima i postupcima donošenja odluka o kulturnim, socijalnim i ekonomskim politikama koje su usmjerene na populaciju starije dobi. Isto tako dobit će se uvid o nužnim promjenama skrbi i eventualnim izmjenama same strukture skrbi čime bi se potaknuli novi pristupi skrbi za starije osobe.

Ovim istraživanjem želi se ukazati na važnost izvaninstitucijske skrbi za starije osobe te potaknuti različitosti u osmišljavanju skrbi o starijim osobama u svrhu poboljšanja kvalitete života osoba treće životne dobi pružanjem potrebnih zanimljivih i korisnih usluga. Istraživanje je osmišljeno kako bi se procijenilo korištenje postojećih resursa izvaninstitucijske skrbi kroz korištenje usluga gerontoloških centara, dobio uvid u korisnost ovih usluga, moguće proširenje i dopunu novim uslugama i eventualne promjene u načinu davanju postojećih usluga što bi moglo utjecati na razvoj daljnje skrbi za starije osobe u gradu Zagrebu, ali i RH.

Dobiveni rezultati mogu biti smjer za eventualne promjene u organizaciji različitih oblika skrbi u odnosu na smještaj, pokazatelj koje su promjene potrebne u odnosu na oblike skrbi o starijim osobama, mogućnosti pružanja usluga u zajednici te što treba mijenjati u poboljšanju skrbi u svrhu povećanja kvalitete života starijih osoba. Gerontološki centri jedinstven su način pružanja usluga u zajednici, a raznolikost usluga daje mogućnost odabira prema vlastitoj procjeni same starije osobe.



## 5 REZULTATI

### 5.1 Rezultati deskriptivne obrade podataka

U sklopu statističke analize korištene su metode deskriptivnog prikaza podataka i metode inferencijalne statistike, podaci su prikazani tablično u vidu apsolutnih frekvencija i postotaka, odnosno mjerama centralne tendencije (aritmetička sredina, standardna devijacija, minimalna i maksimalna vrijednost). Testiranje hipoteza provedeno je metodama inferencijalne statistike putem sljedećih statističkih testova: analiza razlike vrijednosti promatranih aritmetičkih sredina između dvije skupine provedena je putem parametrijskog t-testa, a razlika između dvije i više promatranih skupina testirana je putem ANOVA testa (analiza varijance), u sklopu kojeg je provedeno post-hoc testiranje putem Tukeyevog testa i izračunat Pearsonov koeficijent korelacije na zatvorenoj skali  $-1 < r < 1$  kako bi se ustanovilo imaju li promatrane kategorije kvalitete života pozitivan ili negativan stupanj korelacije. Testiranje između dvije kategorijalne varijable provedeno je putem Hi kvadrat testa koji se temelji na raspodjeli frekvencija unutar tablice kontingencije, kako bi se utvrdilo odstupaju li neke dobivene (opažene) frekvencije od frekvencija koje bi se očekivale pod određenom hipotezom.

**Tablica 2: Prikaz podjele po spolu u skupinama**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Spol	Ženski	N	30	30	30	1,000
		%	50,0%	50,0%	50,0%	
	Muški	N	30	30	30	
		%	50,0%	50,0%	50,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između *spola* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 1,000 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 3: Prikaz podjele dobi u skupinama**

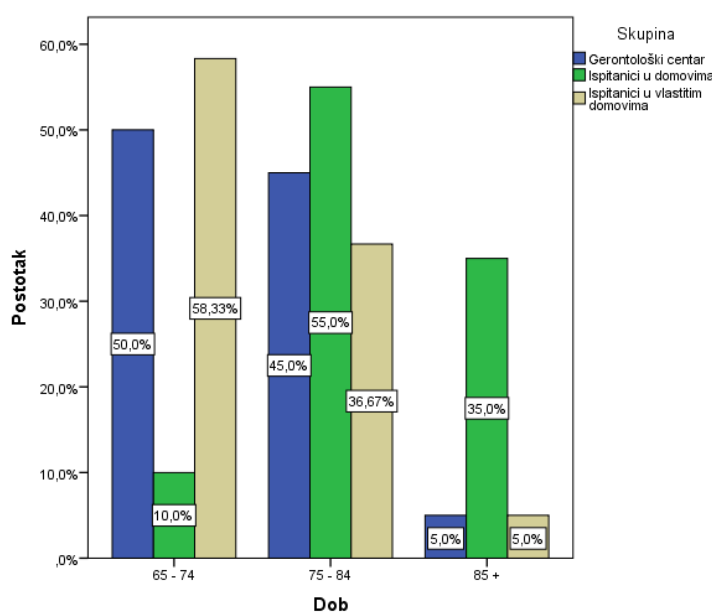
			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Dob	65-74	N	30	6	35	0,000
		%	50,0%	10,0%	58,3%	
	75-84	N	27	33	22	
		%	45,0%	55,0%	36,7%	
	85+	N	3	21	3	
		%	5,0%	35,0%	5,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *dobi* ispitanika može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine; pri tome je značajno veći udio mlađih ispitanika (65-74 godine) zabilježen u gerontološkim centrima (50,0%) i vlastitim domovima (58,3%), dok su ispitanici u domovima u većoj mjeri u dobnim skupinama 75-84 godine i 85+ godina.

**Grafikon 1: Prikaz podjele dobi u skupinama**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 4: Prikaz obrazovanja po skupinama**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Obrazovanje	OŠ	N	1	10	6	0,136
		%	1,7%	16,7%	10,0%	
	SSS	N	22	21	28	
		%	36,7%	35,0%	46,7%	
	VŠS	N	13	10	8	
		%	21,7%	16,7%	13,3%	
	VSS	N	20	15	17	
		%	33,3%	25,0%	28,3%	
	MR /DR	N	4	4	1	
		%	6,7%	6,7%	1,7%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između *obrazovanja* i *promatranih skupina* iznosi 0,136 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

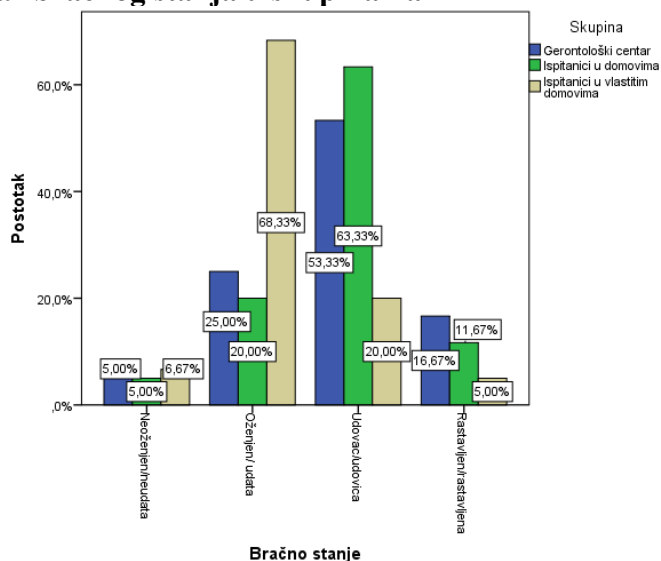
**Tablica 5: Prikaz bračnog stanja po skupinama**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Bračno stanje	Neoženjen/ neudata	N	3	3	4	0,000	
		%	5,0%	5,0%	6,7%		
	Oženjen/ udata	N	15	12	41		
		%	25,0%	20,0%	68,3%		
	Udovac/udovica	N	32	38	12		
		%	53,3%	63,3%	20,0%		
	Rastavljen/ rastavljena	N	10	7	3		
		%	16,7%	11,7%	5,0%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 2: Prikaz bračnog stanja u skupinama**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *bračnog stanja* ispitanika može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine; pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji su u braku (oženjen/udata) i žive u vlastitim domovima.

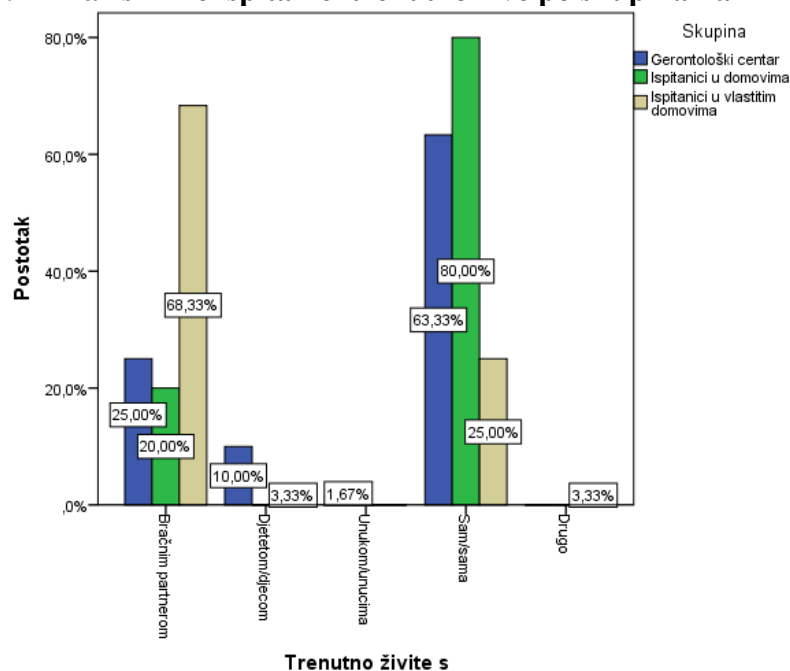
**Tablica 6: Prikaz odgovora s kime ispitanici trenutno žive po skupinama**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Trenutno živate s	Bračnim partnerom	N	15	12	41	0,000
		%	25,0%	20,0%	68,3%	
	Djetetom/djecom	N	6	0	2	
		%	10,0%	0,0%	3,3%	
	Unukom/unucima	N	1	0	0	
		%	1,7%	0,0%	0,0%	
Sam/sama	N	38	48	15		
	%	63,3%	80,0%	25,0%		
Drugo	N	0	0	2		
	%	0,0%	0,0%	3,3%		
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 3: Prikaz s kime ispitanici trenutno žive po skupinama**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *s kime ispitanici trenutno žive* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima).

**Tablica 7: Prikaz odgovora o mjestu gdje ispitanici žive**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Gdje živite	U vlastitom prostoru	N	55	0	57	0,000
		%	91,7%	0,0%	95,0%	
	Prostor djece	N	1	0	2	
		%	1,7%	0,0%	3,3%	
	U domu za starije osobe	N	0	60	0	
		%	0,0%	100,0%	0,0%	
	U podstanarstvu	N	4	0	1	
		%	6,7%	0,0%	1,7%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *mjesta života* ispitanika može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine; pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji žive u vlastitom prostoru u gerontološkim centrima (91,7%) i kod ispitanika koji žive u vlastitim domovima (95,0%).

**Tablica 8: Prikaz materijalnog stanja u skupinama**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Materijalno stanje	Mnogo lošije od prosjeka	N	3	2	1	0,965
		%	5,0%	3,3%	1,7%	
	Nešto lošije od prosjeka	N	5	6	8	
		%	8,3%	10,0%	13,3%	
	Prosječno	N	39	36	35	
		%	65,0%	60,0%	58,3%	
	Nešto bolje od prosjeka	N	11	14	14	
		%	18,3%	23,3%	23,3%	
	Mnogo bolje od prosjeka	N	2	2	2	
		%	3,3%	3,3%	3,3%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između *materijalnog stanja* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,965 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 9: Prikaz mjesečnog prihoda u skupinama**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Vaš mjesečni prihod	1100 do 2000 kn	N	8	8	8	0,098
		%	13,3%	13,3%	13,3%	
	2100 do 4000 kn	N	39	25	27	
		%	65,0%	41,7%	45,0%	
	4100 do 5500 kn	N	11	20	16	
		%	18,3%	33,3%	26,7%	
	> 5600 kn	N	2	7	9	
		%	3,3%	11,7%	15,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između *mjesečnog prihoda* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,098 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 10: Prikaz zdravstvenog stanja u skupinama**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Zdravstveno stanje	Loše	N	2	13	13	0,024
		%	3,3%	21,7%	21,7%	
	Zadovoljavajuće	N	31	22	27	
		%	51,7%	36,7%	45,0%	
	Dobro	N	20	21	13	
		%	33,3%	35,0%	21,7%	
	Vrlo dobro	N	4	3	7	
		%	6,7%	5,0%	11,7%	
	Odlično	N	3	1	0	
		%	5,0%	1,7%	0,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *zdravstvenog stanja* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,024 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine; pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode zadovoljavajuće u gerontološkim centrima (51,7%).

**Tablica 11: Pokretnost/samostalnost u skupinama**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Pokretnost/ samostalnost	loše	N	2	5	6	0,860	
		%	3,3%	8,3%	10,0%		
	zadovoljavajuće	N	19	16	18		
		%	31,7%	26,7%	30,0%		
	dobro	N	25	28	25		
		%	41,7%	46,7%	41,7%		
	vrlo dobro	N	9	9	8		
		%	15,0%	15,0%	13,3%		
	odlično	N	5	2	3		
		%	8,3%	3,3%	5,0%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između *pokretnosti/samostalnosti* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,860 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života?* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,668 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.



**Tablica 12: Prikaz ocjene kvalitete života u skupinama**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života?	Loše	N	2	0	2	0,668
		%	3,3%	0,0%	3,3%	
	Ni dobro ni loše	N	16	23	19	
		%	26,7%	38,3%	31,7%	
	Dobro	N	37	34	34	
		%	61,7%	56,7%	56,7%	
	Jako dobro	N	5	3	5	
		%	8,3%	5,0%	8,3%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 13: Prikaz zadovoljstva zdravljem po skupinama**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem?	Vrlo nezadovoljan	N	0	0	2	0,338	
		%	0,0%	0,0%	3,3%		
	Nezadovoljan	N	2	8	7		
		%	3,3%	13,3%	11,7%		
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	24	19	21		
		%	40,0%	31,7%	35,0%		
	Zadovoljan	N	33	31	28		
		%	55,0%	51,7%	46,7%		
	Jako zadovoljan	N	1	2	2		
		%	1,7%	3,3%	3,3%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem?* i *promatranih skupina* iznosi 0,338 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 14: Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?	Nimalo	N	13	9	8	0,082
		%	21,7%	15,0%	13,3%	
	Malo	N	15	14	23	
		%	25,0%	23,3%	38,3%	
	Umjereno	N	27	34	19	
		%	45,0%	56,7%	31,7%	
	Većinom	N	3	3	8	
		%	5,0%	5,0%	13,3%	
	Potpuno	N	2	0	2	
		%	3,3%	0,0%	3,3%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?* i promatranih skupina iznosi 0,082 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 15: U kojoj mjeri Vam je potrebna medicinska pomoć za svakodnevni život?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
U kojoj mjeri Vam je potrebna medicinska pomoć za svakodnevni život?	Nimalo	N	36	29	25	0,297	
		%	60,0%	48,3%	41,7%		
	Malo	N	13	13	15		
		%	21,7%	21,7%	25,0%		
	Umjereno	N	11	14	17		
		%	18,3%	23,3%	28,3%		
	Većinom	N	0	4	3		
		%	0,0%	6,7%	5,0%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *U kojoj mjeri Vam je potrebna medicinska pomoć za svakodnevni život?* i *promatranih skupina* iznosi 0,297 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 16: Koliko uživate u životu?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Koliko uživate u životu?	Nimalo	N	0	1	2	0,153	
		%	0,0%	1,7%	3,3%		
	Malo	N	4	5	2		
		%	6,7%	8,3%	3,3%		
	Umjereno	N	18	26	26		
		%	30,0%	43,3%	43,3%		
	Većinom	N	24	21	26		
		%	40,0%	35,0%	43,3%		
	Potpuno	N	14	7	4		
		%	23,3%	11,7%	6,7%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 17: Smatrate li da Vaš život ima smisla?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Smatrate li da Vaš život ima smisla	Nimalo	N	1	2	2	0,656	
		%	1,7%	3,3%	3,3%		
	Malo	N	3	5	1		
		%	5,0%	8,3%	1,7%		
	Umjereno	N	8	12	9		
		%	13,3%	20,0%	15,0%		
	Većinom	N	16	17	21		
		%	26,7%	28,3%	35,0%		
	Potpuno	N	32	24	27		
		%	53,3%	40,0%	45,0%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko uživete u životu?* i *promatranih skupina* iznosi 0,153 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Smatrate da Vaš život ima smisla?* i *promatranih skupina* iznosi 0,656 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 18: Koliko se dobro možete koncentrirati?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Koliko se dobro možete koncentrirati?	Nimalo	N	0	0	1	0,636	
		%	0,0%	0,0%	1,7%		
	Malo	N	2	2	3		
		%	3,3%	3,3%	5,0%		
	Umjereno	N	16	21	17		
		%	26,7%	35,0%	28,3%		
	Većinom	N	24	24	29		
		%	40,0%	40,0%	48,3%		
	Potpuno	N	18	13	10		
		%	30,0%	21,7%	16,7%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 19: Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?	Nimalo	N	1	0	0	0,151
		%	1,7%	0,0%	0,0%	
	Malo	N	2	3	2	
		%	3,3%	5,0%	3,3%	
	Umjereno	N	11	20	13	
		%	18,3%	33,3%	21,7%	
	Većinom	N	23	28	28	
		%	38,3%	46,7%	46,7%	
	Potpuno	N	23	9	17	
		%	38,3%	15,0%	28,3%	

Ukupno	N	60	60	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko se dobro možete koncentrirati?* i *promatranih skupina* iznosi 0,636 ( $p>0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?* i *promatranih skupina* iznosi 0,151 ( $p>0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 20: Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?	Nimalo	N	2	2	1	0,315	
		%	3,3%	3,3%	1,7%		
	Malo	N	6	3	2		
		%	10,0%	5,0%	3,3%		
	Umjereno	N	16	24	17		
		%	26,7%	40,0%	28,3%		
	Većinom	N	21	21	31		
		%	35,0%	35,0%	51,7%		
	Potpuno	N	15	10	9		
		%	25,0%	16,7%	15,0%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,315 ( $p>0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 21: Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?**

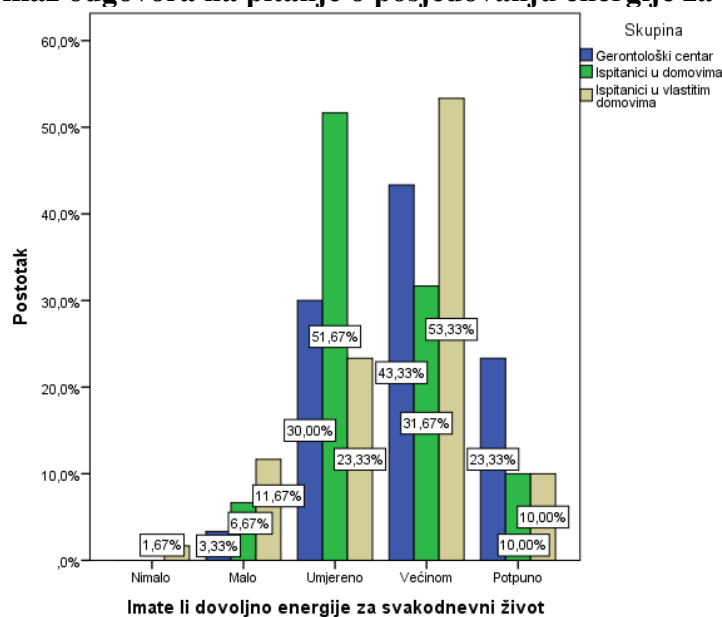
		Skupina			p*	
		Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?	Nimalo	N	0	0	1	0,008
		%	0,0%	0,0%	1,7%	
	Malo	N	2	4	7	
		%	3,3%	6,7%	11,7%	
	Umjereno	N	18	31	14	
		%	30,0%	51,7%	23,3%	
	Većinom	N	26	19	32	
		%	43,3%	31,7%	53,3%	
	Potpuno	N	14	6	6	
		%	23,3%	10,0%	10,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,008 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine; pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode potpuno u gerontološkim centrima (23,3%).

**Grafikon 4: Prikaz odgovora na pitanje o posjedovanju energije za svakodnevni život**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 22: Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled?	Nimalo	N	1	1	2	0,886
		%	1,7%	1,7%	3,3%	
	Malo	N	1	3	1	
		%	1,7%	5,0%	1,7%	
	Umjereno	N	12	15	13	
		%	20,0%	25,0%	21,7%	
	Većinom	N	17	15	20	
		%	28,3%	25,0%	33,3%	
	Potpuno	N	29	26	24	
		%	48,3%	43,3%	40,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled?* i *promatranih skupina* iznosi 0,886 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 23: Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu?	Nimalo	N	3	3	0	0,326
		%	5,0%	5,0%	0,0%	
	Malo	N	8	10	11	
		%	13,3%	16,7%	18,3%	
	Umjereno	N	14	15	16	
		%	23,3%	25,0%	26,7%	
	Većinom	N	17	20	25	
		%	28,3%	33,3%	41,7%	
	Potpuno	N	18	12	8	
		%	30,0%	20,0%	13,3%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu?* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,326 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 24: Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne za svakodnevni život?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne za svakodnevni život?	Nimalo	N	0	1	0	0,061	
		%	0,0%	1,7%	0,0%		
	Malo	N	2	4	1		
		%	3,3%	6,7%	1,7%		
	Umjereno	N	13	9	18		
		%	21,7%	15,0%	30,0%		
	Većinom	N	29	20	29		
		%	48,3%	33,3%	48,3%		
	Potpuno	N	16	26	12		
		%	26,7%	43,3%	20,0%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne za svakodnevni život?* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,061 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.



**Tablica 25: Koliko mogućnosti imate za slobodne aktivnosti?**

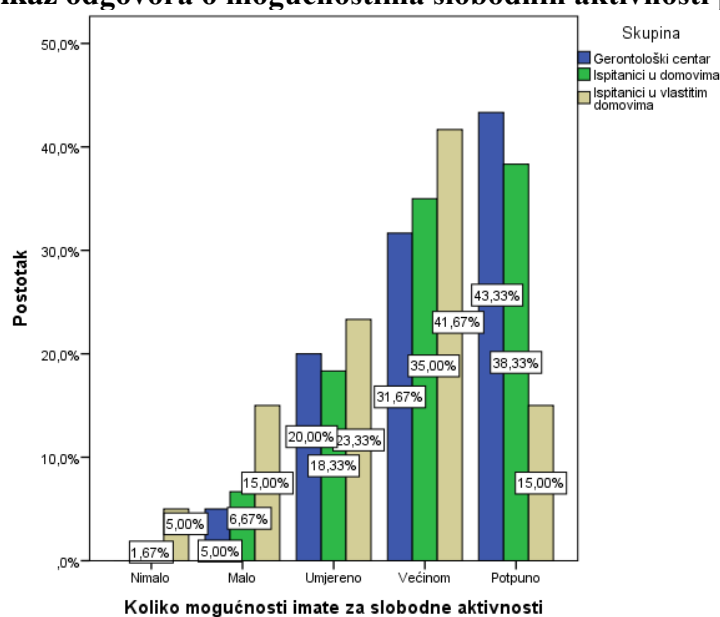
			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko mogućnosti imate za slobodne aktivnosti?	Nimalo	N	0	1	3	<b>0,029</b>
		%	0,0%	1,7%	5,0%	
	Malo	N	3	4	9	
		%	5,0%	6,7%	15,0%	
	Umjereno	N	12	11	14	
		%	20,0%	18,3%	23,3%	
	Većinom	N	19	21	25	
		%	31,7%	35,0%	41,7%	
	Potpuno	N	26	23	9	
		%	43,3%	38,3%	15,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko mogućnosti imate za slobodne aktivnosti?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,029 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine; pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode potpuno u gerontološkim centrima (43,3%).

**Grafikon 5: Prikaz odgovora o mogućnostima slobodnih aktivnosti po skupinama**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 26: Koliko se dobro snalazite u okolini?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Koliko se dobro snalazite u okolini?	Vrlo slabo	N	1	0	1	0,255	
		%	1,7%	0,0%	1,7%		
	Slabo	N	0	0	2		
		%	0,0%	0,0%	3,3%		
	Ni slabo ni dobro	N	6	6	2		
		%	10,0%	10,0%	3,3%		
	Dobro	N	32	40	40		
		%	53,3%	66,7%	66,7%		
	Jako dobro	N	21	14	15		
		%	35,0%	23,3%	25,0%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko se dobro snalazite u okolini?* i *promatranih skupina* iznosi 0,255 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 27: Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?**

			Skupina			p*	
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima		
Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem ?	Vrlo nezadovoljan	N	5	1	0	0,054	
		%	8,3%	1,7%	0,0%		
	Nezadovoljan	N	6	7	8		
		%	10,0%	11,7%	13,3%		
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	17	14	18		
		%	28,3%	23,3%	30,0%		
	Zadovoljan	N	18	24	29		
		%	30,0%	40,0%	48,3%		
	Vrlo zadovoljan	N	14	14	5		
		%	23,3%	23,3%	8,3%		
	Ukupno		N	60	60		60
			%	100,0%	100,0%		100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?* i *promatраних skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,054 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatраних varijabli.

**Tablica 28: Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti?	Vrlo nezadovoljan	N	1	0	1	0,463
		%	1,7%	0,0%	1,7%	
	Nezadovoljan	N	1	2	3	
		%	1,7%	3,3%	5,0%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	14	17	18	
		%	23,3%	28,3%	30,0%	
	Zadovoljan	N	31	36	32	
		%	51,7%	60,0%	53,3%	
	Vrlo zadovoljan	N	13	5	6	
		%	21,7%	8,3%	10,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti?* i *promatраних skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,463 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatраних varijabli.

**Tablica 29: Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću za rad?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću za rad?	Vrlo nezadovoljan	N	0	0	2	0,100
		%	0,0%	0,0%	3,3%	
	Nezadovoljan	N	7	9	9	
		%	11,7%	15,0%	15,0%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	15	24	21	
		%	25,0%	40,0%	35,0%	
	Zadovoljan	N	27	25	22	
		%	45,0%	41,7%	36,7%	
Vrlo zadovoljan	N	11	2	6		
	%	18,3%	3,3%	10,0%		
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću za rad?* i *promatranih skupina* iznosi 0,100 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 30: Koliko ste zadovoljni samim sobom?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni samim sobom?	Vrlo nezadovoljan	N	0	1	1	0,019
		%	0,0%	1,7%	1,7%	
	Nezadovoljan	N	5	0	1	
		%	8,3%	0,0%	1,7%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	7	18	13	
		%	11,7%	30,0%	21,7%	
	Zadovoljan	N	30	34	34	
		%	50,0%	56,7%	56,7%	
	Vrlo zadovoljan	N	18	7	11	
		%	30,0%	11,7%	18,3%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni samim sobom?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,019 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima); pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode vrlo zadovoljan u gerontološkim centrima (30,0%).

**Tablica 31: Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima?	Vrlo nezadovoljan	N	0	1	0	0,315
		%	0,0%	1,7%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	3	3	4	
		%	5,0%	5,0%	6,7%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	8	13	11	
		%	13,3%	21,7%	18,3%	
	Zadovoljan	N	31	30	38	
		%	51,7%	50,0%	63,3%	
	Vrlo zadovoljan	N	18	13	7	
		%	30,0%	21,7%	11,7%	
Ukupno	N	60	60	60		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima?* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,315 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 32: Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?**

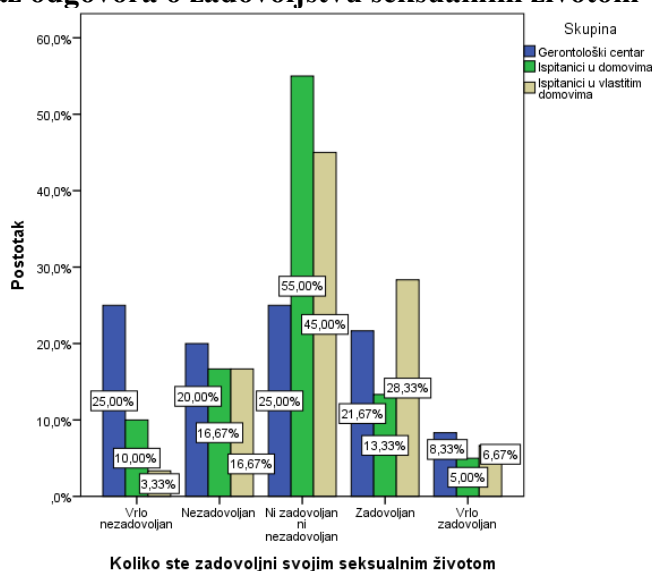
			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	Vrlo nezadovoljan	N	15	6	2	<b>0,004</b>
		%	25,0%	10,0%	3,3%	
	Nezadovoljan	N	12	10	10	
		%	20,0%	16,7%	16,7%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	15	33	27	
		%	25,0%	55,0%	45,0%	
	Zadovoljan	N	13	8	17	
		%	21,7%	13,3%	28,3%	
Vrlo zadovoljan	N	5	3	4		
	%	8,3%	5,0%	6,7%		
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,004 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine; pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode vrlo nezadovoljan u gerontološkim centrima (25,0%).

**Grafikon 6: Prikaz odgovora o zadovoljstvu seksualnim životom**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 33: Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?	Vrlo nezadovoljan	N	2	3	0	0,295
		%	3,3%	5,0%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	3	6	5	
		%	5,0%	10,0%	8,3%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	18	17	15	
		%	30,0%	28,3%	25,0%	
	Zadovoljan	N	21	23	32	
		%	35,0%	38,3%	53,3%	
	Vrlo zadovoljan	N	16	11	8	
		%	26,7%	18,3%	13,3%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?* i *promatranih skupina* iznosi 0,295 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 34: Koliko ste zadovoljni uvjetima mjesta u kojem živite?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni uvjetima mjesta u kojem živite?	Vrlo nezadovoljan	N	1	1	0	0,757
		%	1,7%	1,7%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	1	1	1	
		%	1,7%	1,7%	1,7%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	9	8	4	
		%	15,0%	13,3%	6,7%	
	Zadovoljan	N	30	33	40	
		%	50,0%	55,0%	66,7%	
	Vrlo zadovoljan	N	19	17	15	
		%	31,7%	28,3%	25,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni uvjetima mjesta u kojem živite?* i *promatranih skupina* iznosi 0,757 ( $p>0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 35: Koliko ste zadovoljni blizinom zdravstvenih ustanova?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni blizinom zdravstvenih ustanova?	Vrlo nezadovoljan	N	1	0	0	0,118
		%	1,7%	0,0%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	5	3	6	
		%	8,3%	5,0%	10,0%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	10	4	6	
		%	16,7%	6,7%	10,0%	
	Zadovoljan	N	21	38	32	
		%	35,0%	63,3%	53,3%	
	Vrlo zadovoljan	N	23	15	16	
		%	38,3%	25,0%	26,7%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni blizinom zdravstvenih ustanova?* i *promatranih skupina* iznosi 0,118 ( $p>0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 36: Koliko ste zadovoljni javnim prijevozom?**

			Skupina			p*
			Gerontološki centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko ste zadovoljni javnim prijevozom?	Vrlo nezadovoljan	N	1	0	0	0,639
		%	1,7%	0,0%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	2	2	3	
		%	3,3%	3,3%	5,0%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	9	10	10	
		%	15,0%	16,7%	16,7%	
	Zadovoljan	N	27	29	35	
		%	45,0%	48,3%	58,3%	
	Vrlo zadovoljan	N	21	19	12	
		%	35,0%	31,7%	20,0%	



Ukupno	N	60	60	60
	%	100,0%	100,0%	100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni javnim prijevozom?* i *promatranih skupina* (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima) iznosi 0,639 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

**Tablica 37: Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Skupina			p*
			Gerontološk i centar	Ispitanici u domovima	Ispitanici u vlastitim domovima	
Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?	Nikada	N	13	0	1	<b>0,000</b>
		%	21,7%	0,0%	1,7%	
	Rijetko	N	33	2	4	
		%	55,0%	3,3%	6,7%	
	Prilično često	N	10	15	11	
		%	16,7%	25,0%	18,3%	
	Vrlo često	N	3	28	38	
		%	5,0%	46,7%	63,3%	
	Uvijek	N	1	15	6	
		%	1,7%	25,0%	10,0%	
Ukupno		N	60	60	60	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima); pri tome je značajno najmanje ispitanika s navedenim simptomima zabilježeno kod ispitanika u gerontološkim centrima.

**Tablica 38: Analiza korištenja usluga gerontoloških centara**

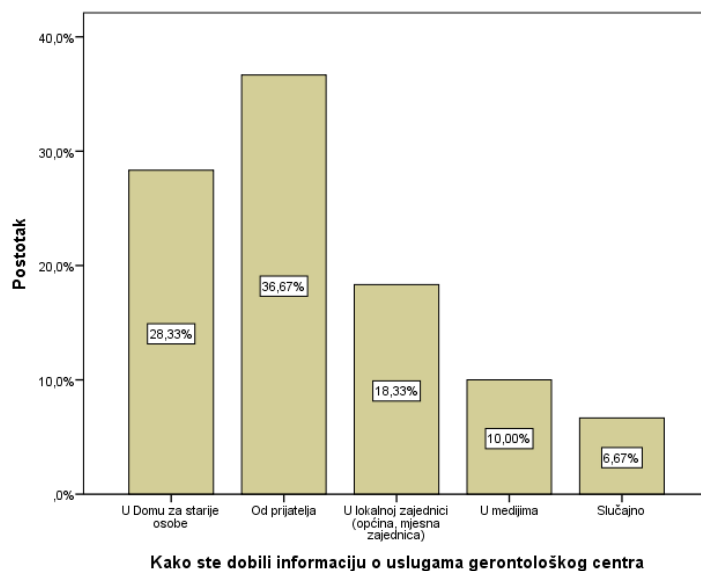
	N	%	
Kako ste dobili informaciju o uslugama gerontološkog centra?	U domu za starije osobe	17	28,3%
	Od prijatelja	22	36,7%
	U lokalnoj zajednici (općina, mjesna zajednica)	11	18,3%
	U medijima	6	10,0%
	Slučajno	4	6,7%
	Ukupno	60	100,0%
	Koliko dugo koristite usluge gerontološkog centra?	Manje od 3 mjeseca	4
6 mjeseci		2	3,3%
1 godinu		5	8,3%
Više godina		49	81,7%
Ukupno		60	100,0%
U gerontološki centar uključio/la sam se	Odmah nakon umirovljenja	13	21,7%
	3 - 6 mjeseci nakon umirovljenja	3	5,0%
	Godinu dana nakon umirovljenja	13	21,7%
	Nekoliko godina nakon umirovljenja	31	51,7%
	Ukupno	60	100,0%
Koliko usluga gerontološkog centra koristite?	1	31	51,7%
	2	17	28,3%
	3	10	16,7%
	4	1	1,7%
	5	1	1,7%
	Ukupno	60	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogledaju li se odgovori ispitanika na pitanje *Kako ste dobili informaciju o uslugama gerontološkog centra?* može se uočiti da 28,3% ispitanika navodi da su informacije dobili u domu za starije osobe, 36,7% navodi da su informacije dobili od prijatelja, 18,3% navodi da su informacije dobili u lokalnoj zajednici (općina, mjesna zajednica), 10,0% navodi u medijima, dok 6,7% navodi da su informacije dobili slučajno. Na pitanje *Koliko dugo koristite usluge gerontološkog centra?* 6,7% navodi manje od 3 mjeseca, 3,3% navodi 6 mjeseci, 8,3% navodi 1 godinu, dok 81,7% navodi više godina. Kod pitanja *U gerontološki centar uključio/la sam se* može se uočiti da 21,7% ispitanika navodi odmah nakon umirovljenja, 5,0% navodi 3-6 mjeseci nakon umirovljenja, 21,7% navodi godinu dana

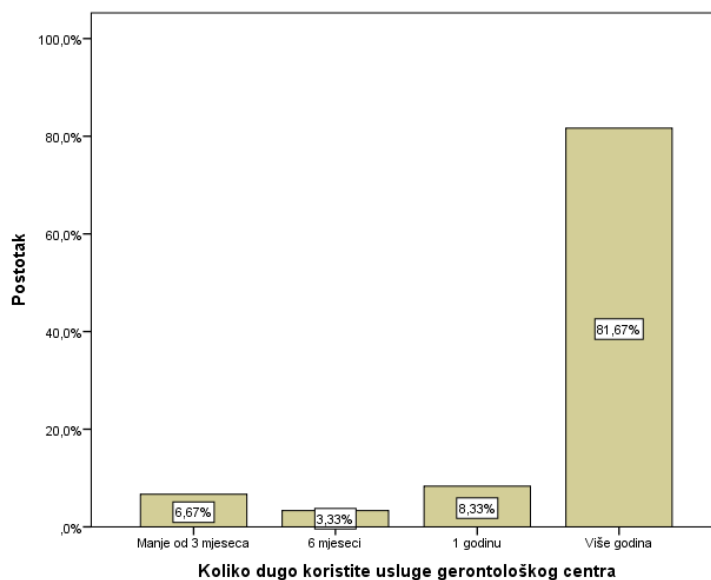
nakon umirovljenja, dok 51,7% navodi nekoliko godina nakon umirovljenja. Na pitanje *Koliko usluga gerontološkog centra koristite?* 51,7% ispitanika navodi 1, 28,3% navodi 2, 16,7% navodi 3, 1,7% navodi 4, dok 1,7% ispitanika navodi 5.

**Grafikon 7: Prikaz načina dobivanja informacija o uslugama gerontološkog centra**



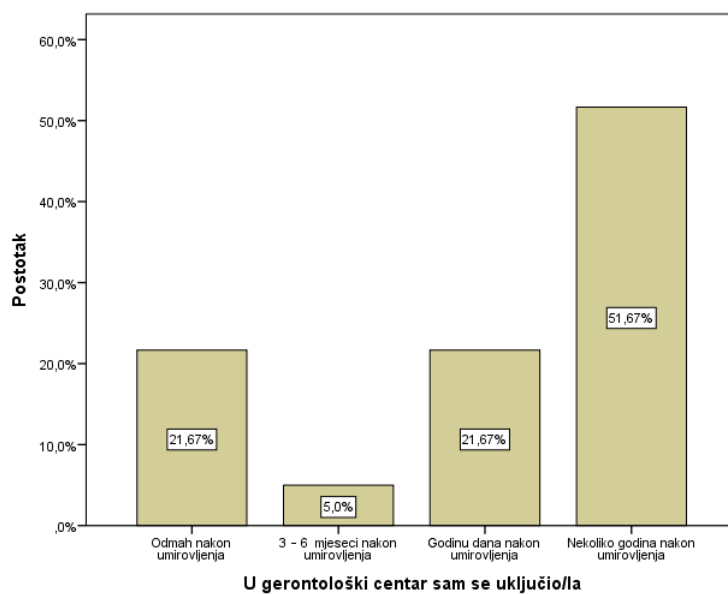
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 8: Prikaz duljine korištenja usluga gerontološkog centra**



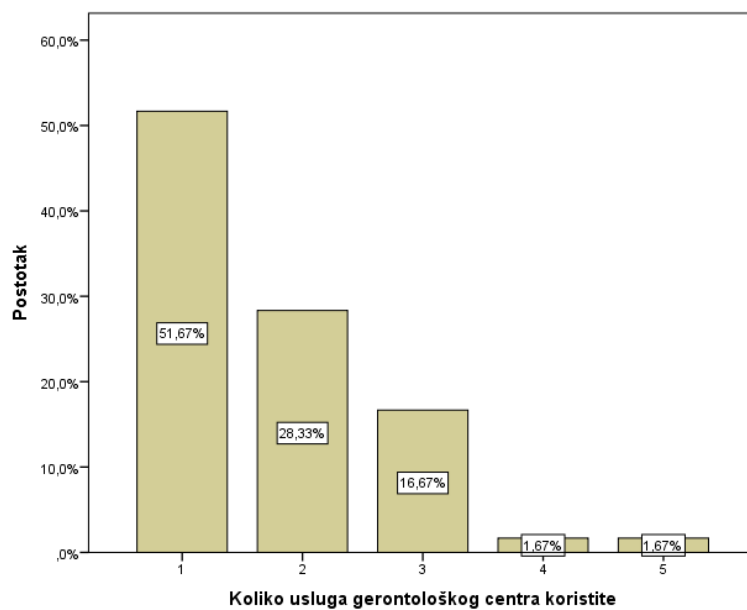
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 9: Prikaz perioda uključenja u korištenje usluga**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 10: Prikaz broja usluga koje ispitanici koriste**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

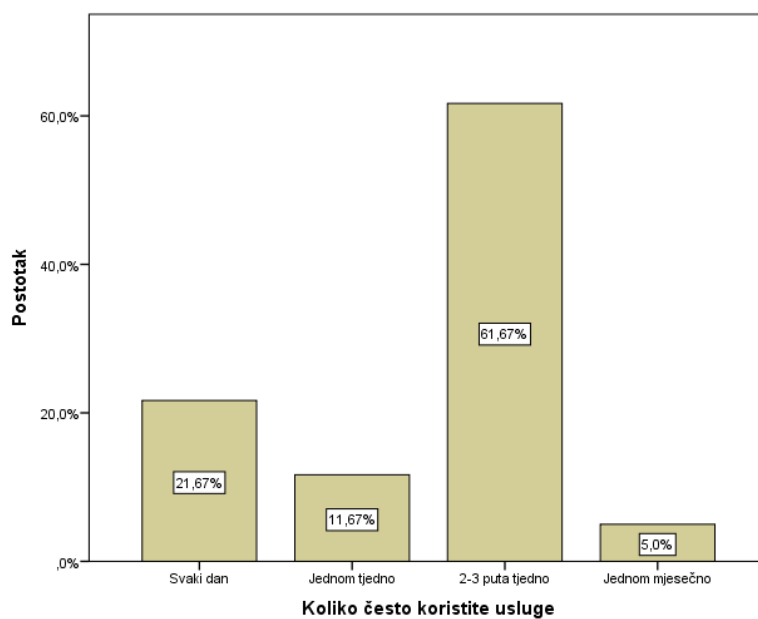
**Tablica 39: Prikaz odgovora o korištenju usluga, procjeni zadovoljstva i kvalitete života i dostupnosti informacija**

		N	%
Koliko često koristite usluge?	Svaki dan	13	21,7%
	Jednom tjedno	7	11,7%
	2-3 puta tjedno	37	61,7%
	Jednom mjesečno	3	5,0%
	Ukupno	60	100,0%
Od kada koristite usluge gerontološkog centra osjećate se:	Vrlo nezadovoljno	0	0,0%
	Nezadovoljno	0	0,0%
	Ni zadovoljno ni nezadovoljno	2	3,3%
	Zadovoljno	38	63,3%
	Jako zadovoljno	20	33,3%
	Ukupno	60	100,0%
Kvaliteta Vašega života otkad koristite usluge gerontološkog centra je:	Vrlo loša	1	1,7%
	Loša	0	0,0%
	Dobra	24	40,0%
	Vrlo dobra	27	45,0%
	Odlična	8	13,3%
	Ukupno	60	100,0%
Mislite li da su dovoljno dostupne informacije o uslugama za starije osobe u zajednici?	Da	33	55,0%
	Možda	12	20,0%
	Ne	13	21,7%
	Ne znam	2	3,3%
	Ukupno	60	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

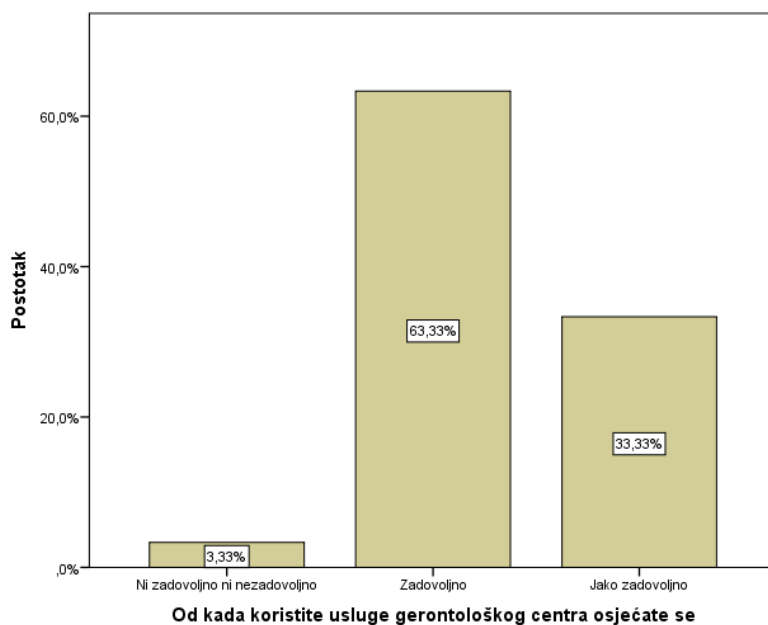
Kod pitanja *Koliko često koristite usluge?* može se uočiti da 21,7% ispitanika navodi svaki dan, 11,7% jednom tjedno, 61,7% navodi 2-3 puta tjedno, dok 5,0% navodi jednom mjesečno. Na pitanje *Od kada koristite usluge gerontološkog centra osjećate se* 3,3% navodi ni zadovoljno ni nezadovoljno, 63,3% navodi zadovoljno, dok 33,3% navodi jako zadovoljno. Kod pitanja *Kvaliteta Vašega života otkad koristite usluge gerontološkog centra je* može se uočiti da 1,7% ispitanika navodi vrlo loša, 40,0% navodi dobra, 45,0% navodi vrlo dobra, dok 13,3% navodi odlična. Na pitanje *Mislite li da su dovoljno dostupne informacije o uslugama za starije osobe u zajednici?* može se uočiti da 55,0% ispitanika navodi odgovor da, 20,0% navodi možda, 21,7% navodi ne, dok 3,3% navodi kako ne zna.

**Grafikon 11: Prikaz odgovora koliko se često koriste usluge u gerontološkom centru**



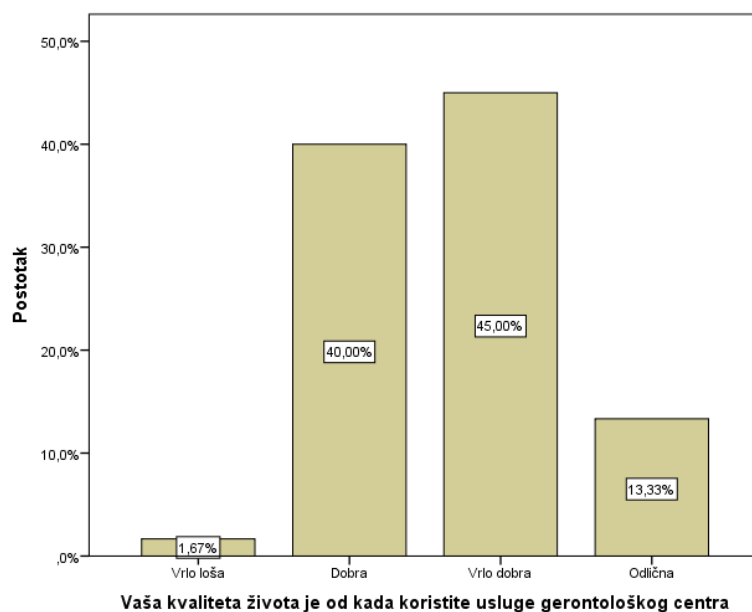
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 12: Prikaz zadovoljstva ispitanika - korisnika usluga gerontološkog centra**



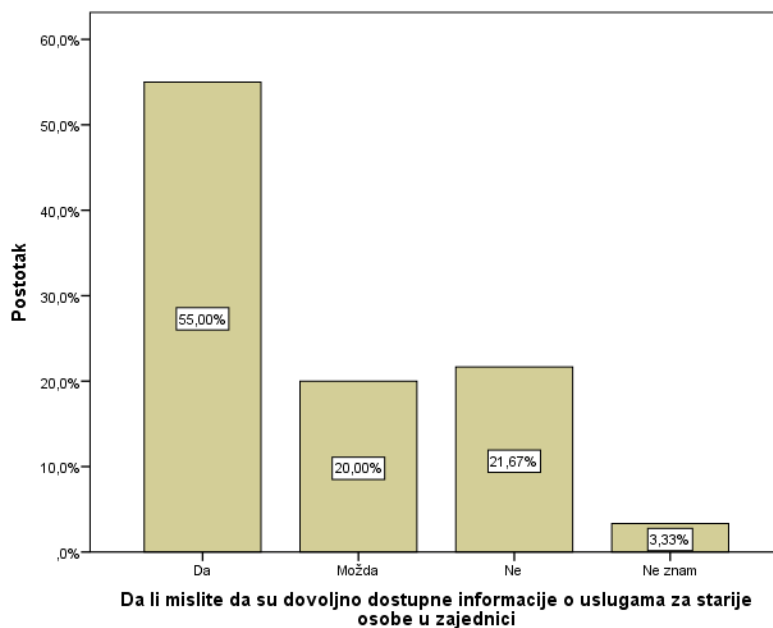
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 13: Prikaz percepcije kvalitete života otkad se koriste usluge**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 14: Prikaz odgovora o dostupnosti informacija u zajednici**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

## Testiranje t-testom i ANOVA testom kako bi se ustvrdile razlike kod promatranih hipoteza

Na sljedećim stranicama prikazano je testiranje provedeno s obzirom na promatrane hipoteze u istraživanju kako bi se ustvrdila razlika s obzirom na promatrane skupine (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima), s obzirom na promatrane dimenzije kvalitete života i sociodemografske pokazatelje.

**Tablica 40: Deskriptivna analiza podataka prema domenama kvalitete života**

		N	X	SD	SE
Fizičko zdravlje	Gerontološki centar	60	71,9643	15,37642	1,98509
	Ispitanici u domovima	60	67,7381	11,99862	1,54902
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	66,7262	15,70564	2,02759
	Ukupno	180	68,8095	14,55551	1,08490
Psihičko zdravlje	Gerontološki centar	60	68,0556	13,16871	1,70007
	Ispitanici u domovima	60	70,5556	14,32872	1,84983
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	70,9722	17,17047	2,21670
	Ukupno	180	69,8611	14,95584	1,11474
Društveni odnosi	Gerontološki centar	60	62,6389	19,79721	2,55581
	Ispitanici u domovima	60	60,5556	18,53044	2,39227
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	64,1667	16,68784	2,15439
	Ukupno	180	62,4537	18,34004	1,36699
Utjecaj okoline	Gerontološki centar	60	74,0625	15,40953	1,98936
	Ispitanici u domovima	60	72,1875	14,33441	1,85056
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	70,7292	11,90266	1,53663
	Ukupno	180	72,3264	13,94855	1,03966

Izvor: Vlastiti izvor 2019.



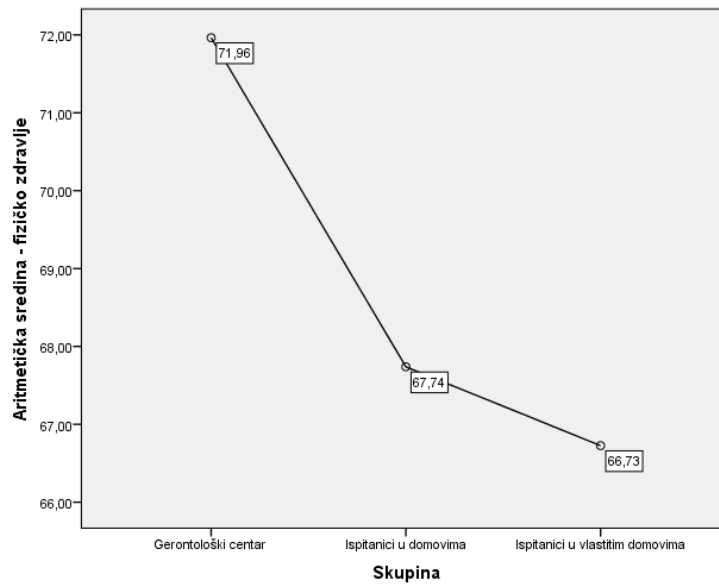
**Tablica 41: ANOVA**

		Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	Sig.
Fizičko zdravlje	Između skupina	926,446	2	463,223	2,216	,112
	Unutar skupina	36997,024	177	209,023		
	Ukupno	37923,469	179			
Psihičko zdravlje	Između skupina	298,611	2	149,306	,665	,516
	Unutar skupina	39739,583	177	224,517		
	Ukupno	40038,194	179			
Društveni odnosi	Između skupina	394,290	2	197,145	,583	,559
	Unutar skupina	59813,657	177	337,930		
	Ukupno	60207,948	179			
Utjecaj okoline	Između skupina	335,069	2	167,535	,860	,425
	Unutar skupina	34491,536	177	194,867		
	Ukupno	34826,606	179			

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

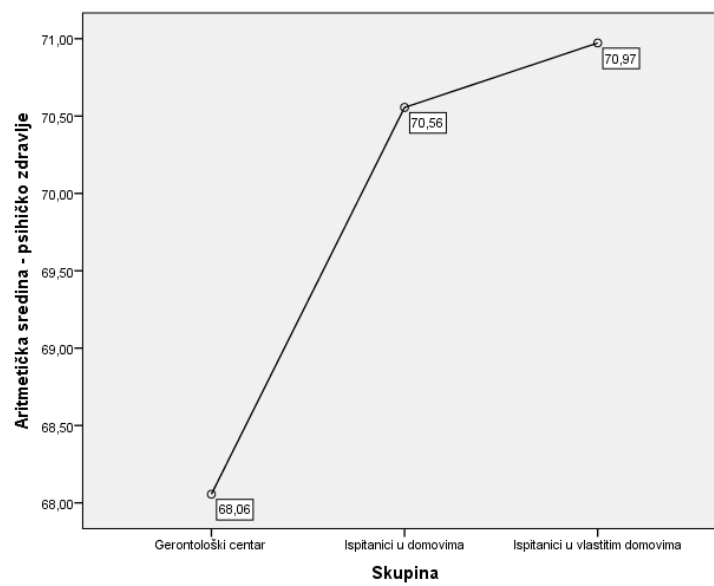
Pogleda li se vrijednost signifikantnosti kod promatranih komponenti kvalitete života može se uočiti da signifikantnost testa iznosi više od 5%,  $p > 0,05$  u svim promatranim slučajevima te se stoga može konstatirati kako između promatranih *skupina* nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja*, *psihičkog zdravlja*, *društvenih odnosa* i *utjecaja okoline*.

**Grafikon 15: Prikaz fizičkog zdravlja po skupinama**



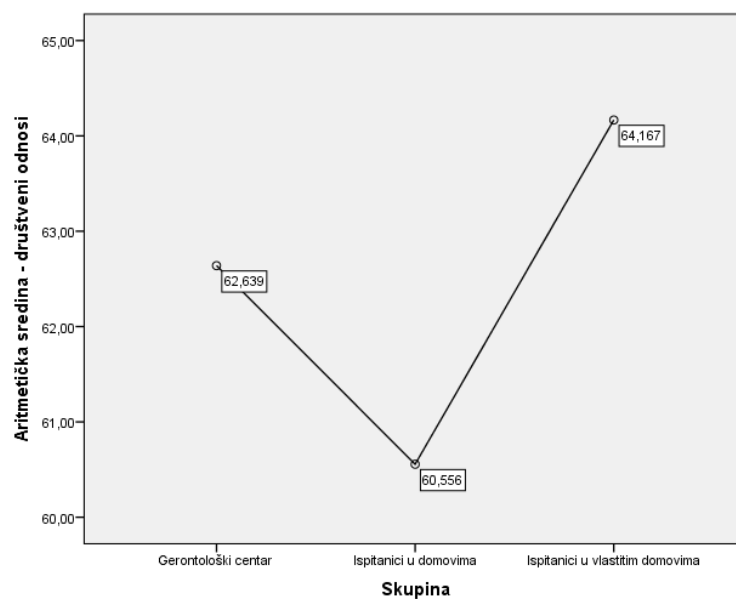
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 16: Prikaz psihičkog zdravlja po skupinama**



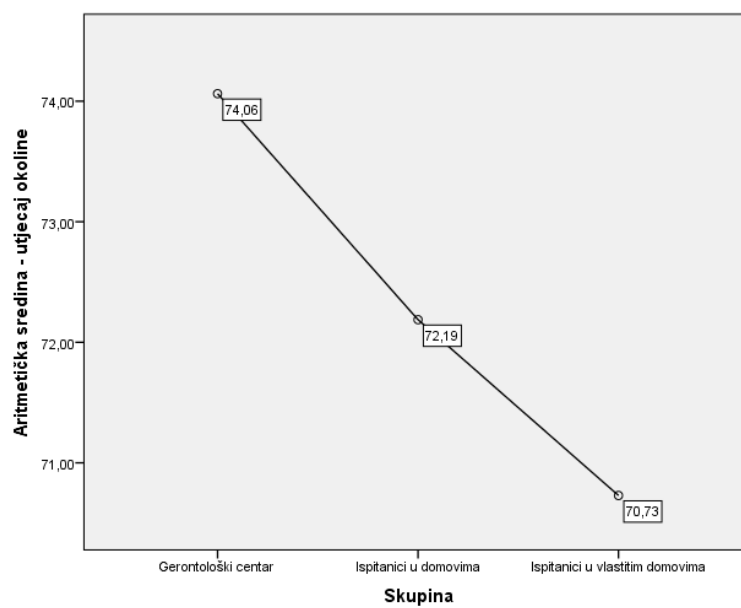
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 17: Prikaz društvenih odnosa po skupinama**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Grafikon 18: Prikaz utjecaja okoline po skupinama**



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 42: Deskriptivna analiza podataka**

	Spol	N	x	SD	SE
Fizičko zdravlje	Ženski	90	69,2857	15,98806	1,68529
	Muški	90	68,3333	13,03955	1,37449
Psihičko zdravlje	Ženski	90	70,6944	16,00330	1,68690
	Muški	90	69,0278	13,86929	1,46195
Društveni odnosi	Ženski	90	64,8148	20,44212	2,15479
	Muški	90	60,0926	15,72700	1,65777
Utjecaj okoline	Ženski	90	72,2917	15,49596	1,63342
	Muški	90	72,3611	12,29565	1,29608

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti kod promatranih komponenti kvalitete života može se uočiti da signifikantnost testa iznosi više od 5%,  $p > 0,05$  u svim promatranim slučajevima te se stoga može konstatirati da kod *spola ispitanika* nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*.

**Tablica 43: t-test**

		Levenov test jednakosti varijanci		t-test		
		F	Sig.	t	df	Sig. (dvostrana)
Fizičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	1,595	,208	,438	178	<b>,662</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			,438	171,083	,662
Psihičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	,802	,372	,747	178	<b>,456</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			,747	174,475	,456
Društveni odnosi	Jednake varijance pretpostavljene	4,037	,046	1,737	178	<b>,084</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			1,737	167,022	,084
Utjecaj okoline	Jednake varijance pretpostavljene	3,973	,048	-,033	178	<b>,973</b>

	Jednake varijance nisu pretpostavljene			-,033	169,256	,973
--	--	--	--	-------	---------	------

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 44: Deskriptivna analiza podataka**

		N	x	SD	SE
Fizičko zdravlje	65-74	71	72,5855	14,39720	1,70863
	75-84	82	66,2892	14,81703	1,63627
	85+	27	66,5344	12,33797	2,37444
	Ukupno	180	68,8095	14,55551	1,08490
Psihičko zdravlje	65-74	71	71,8897	14,04567	1,66691
	75-84	82	69,5122	15,71182	1,73508
	85+	27	65,5864	14,46115	2,78305
	Ukupno	180	69,8611	14,95584	1,11474
Društveni odnosi	65-74	71	63,3803	19,59303	2,32526
	75-84	82	62,7033	17,48140	1,93050
	85+	27	59,2593	17,80313	3,42621
	Ukupno	180	62,4537	18,34004	1,36699
Utjecaj okoline	65-74	71	72,5792	15,12778	1,79534
	75-84	82	72,5991	13,16058	1,45334
	85+	27	70,8333	13,45510	2,58943
	Ukupno	180	72,3264	13,94855	1,03966

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 45: ANOVA**

		Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	Sig.
Fizičko zdravlje	Između skupina	1672,950	2	836,475	4,084	<b>,018</b>
	Unutar skupina	36250,519	177	204,805		
	Ukupno	37923,469	179			
Psihičko zdravlje	Između skupina	795,523	2	397,761	1,794	,169
	Unutar skupina	39242,672	177	221,710		
	Ukupno	40038,194	179			
Društveni odnosi	Između skupina	341,584	2	170,792	,505	,604
	Unutar skupina	59866,363	177	338,228		
	Ukupno	60207,948	179			
Utjecaj okoline	Između skupina	70,825	2	35,413	,180	,835
	Unutar skupina	34755,781	177	196,360		
	Ukupno	34826,606	179			

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost značajnosti za *fizičko zdravlje* može se uočiti da značajnost testa iznosi manje od 0,05, odnosno  $p=0,018$ , dakle može se reći kako postoji statistički značajna razlika kod *fizičkog zdravlja* s obzirom na *dob ispitanika*, pri čemu je najveća razina aritmetičke sredine odgovora (najbolja razina fizičkog zdravlja) zabilježena za ispitanike koji navode 65-74 godina i iznosi 72,59.

Kako bi se dodatno ustanovile ove razlike provedeno je testiranje putem post hoc Tukeyevog testa. Kod skupina kod kojih je signifikantnost manja od 0,05 uočena je statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika (što je dodatno naznačeno i zvjezdicom). Pri tome se, na tablici 46, može uočiti da je značajna razlika u fizičkom zdravlju uočena između ispitanika koji imaju 65-74 godine i onih koji imaju 75-84 godine.

**Tablica 46: Tukey HSD**

Zavisna varijabla	(I) Dob	(J) Dob	Razlika sredina (I-J)	Stand. Greška	Sig.
Fizičko zdravlje	65-74	75-84	6,29631*	2,31996	,020
		85+	6,05112	3,23573	,150
	75-84	65-74	-6,29631*	2,31996	,020
		85+	-,24519	3,17537	,997
	85+	65-74	-6,05112	3,23573	,150
		75-84	,24519	3,17537	,997
Psihičko zdravlje	65-74	75-84	2,37748	2,41381	,587
		85+	6,30325	3,36662	,150
	75-84	65-74	-2,37748	2,41381	,587
		85+	3,92578	3,30383	,462
	85+	65-74	-6,30325	3,36662	,150
		75-84	-3,92578	3,30383	,462
Društveni odnosi	65-74	75-84	,67703	2,98136	,972
		85+	4,12102	4,15821	,583
	75-84	65-74	-,67703	2,98136	,972
		85+	3,44399	4,08065	,676
	85+	65-74	-4,12102	4,15821	,583
		75-84	-3,44399	4,08065	,676
Utjecaj okoline	65-74	75-84	-,01986	2,27162	1,000
		85+	1,74589	3,16832	,846
	75-84	65-74	,01986	2,27162	1,000
		85+	1,76575	3,10922	,837
	85+	65-74	-1,74589	3,16832	,846
		75-84	-1,76575	3,10922	,837

\* The mean difference is significant at the 0.05 level.

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

U tablici 46 može se uočiti da je značajna razlika u fizičkom zdravlju uočena između ispitanika koji imaju 65-74 godine i onih koji imaju 75-84 godine, ali nije uočena razlika između ispitanika 65-74 godine starosti i ispitanika starijih od 85 godina.

**Tablica 47: Deskriptivna analiza podataka**

		N	X	SD	SE
Fizičko zdravlje	OŠ	17	64,0756	12,65658	3,06967
	SSS	71	69,3159	14,89244	1,76741
	VŠS	31	70,3917	18,53920	3,32974
	VSS	52	69,5055	12,68050	1,75847
	MR /DR	9	64,2857	8,92857	2,97619
	Ukupno	180	68,8095	14,55551	1,08490
Psihičko zdravlje	OŠ	17	64,2157	17,30915	4,19809
	SSS	71	71,3028	14,13072	1,67701
	VŠS	31	69,8925	18,37463	3,30018
	VSS	52	69,3910	13,47971	1,86930
	MR /DR	9	71,7593	11,92748	3,97583
	Ukupno	180	69,8611	14,95584	1,11474
Društveni odnosi	OŠ	17	66,1765	15,72070	3,81283
	SSS	71	63,3803	19,18368	2,27668
	VŠS	31	62,9032	17,05638	3,06342
	VSS	52	60,2564	19,28850	2,67483
	MR /DR	9	59,2593	16,37476	5,45825
	Ukupno	180	62,4537	18,34004	1,36699
Utjecaj okoline	OŠ	17	67,8309	12,39037	3,00511
	SSS	71	72,1831	14,24392	1,69044
	VŠS	31	71,5726	15,31685	2,75099
	VSS	52	74,5192	13,98069	1,93877
	MR /DR	9	71,8750	8,26797	2,75599
	Ukupno	180	72,3264	13,94855	1,03966

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod promatranih komponenti kvalitete života i obrazovanja ispitanika može se uočiti da kod *obrazovanja ispitanika* nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*.



**Tablica 48: ANOVA**

		Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	Sig.
Fizičko zdravlje	Između skupina	686,144	4	171,536	,806	,523
	Unutar skupina	37237,325	175	212,785		
	Ukupno	37923,469	179			
Psihičko zdravlje	Između skupina	733,327	4	183,332	,816	,516
	Unutar skupina	39304,868	175	224,599		
	Ukupno	40038,194	179			
Društveni odnosi	Između skupina	645,725	4	161,431	,474	,755
	Unutar skupina	59562,222	175	340,356		
	Ukupno	60207,948	179			
Utjecaj okoline	Između skupina	614,514	4	153,629	,786	,536
	Unutar skupina	34212,092	175	195,498		
	Ukupno	34826,606	179			

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti kod promatranih komponenti kvalitete života može se uočiti da signifikantnost testa iznosi više od 5%,  $p > 0,05$  u svim promatranim slučajevima te se stoga može konstatirati da kod *obrazovanja ispitanika* nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*.

**Tablica 49: Deskriptivna analiza podataka**

		N	X	SD	SE
Fizičko zdravlje	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	25	63,0000	15,59751	3,11950
	Prosječno	110	69,4156	13,38517	1,27623
	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	45	70,5556	16,19103	2,41362
	Ukupno	180	68,8095	14,55551	1,08490
Psihičko zdravlje	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	25	62,8333	18,31754	3,66351
	Prosječno	110	70,2652	13,20607	1,25915
	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	45	72,7778	16,05408	2,39320
	Ukupno	180	69,8611	14,95584	1,11474
Društveni odnosi	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	25	63,6667	16,29445	3,25889
	Prosječno	110	62,8788	19,17768	1,82852
	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	45	60,7407	17,55423	2,61683
	Ukupno	180	62,4537	18,34004	1,36699
Utjecaj okoline	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	25	62,6250	14,47542	2,89508
	Prosječno	110	72,2443	13,55716	1,29262
	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	45	77,9167	11,68128	1,74134
	Ukupno	180	72,3264	13,94855	1,03966

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 50: ANOVA**

		Suma kvadrata	df	Aritmetička sredina kvadrata	F	Sig.
Fizičko zdravlje	Između skupina	1021,356	2	510,678	2,449	,089
	Unutar skupina	36902,113	177	208,487		
	Ukupno	37923,469	179			
Psihičko zdravlje	Između skupina	1635,511	2	817,756	3,769	<b>,025</b>
	Unutar skupina	38402,683	177	216,964		
	Ukupno	40038,194	179			
Društveni odnosi	Između skupina	188,699	2	94,350	,278	,757
	Unutar skupina	60019,248	177	339,092		
	Ukupno	60207,948	179			
Utjecaj okoline	Između skupina	3759,969	2	1879,984	10,711	<b>,000</b>
	Unutar skupina	31066,637	177	175,518		
	Ukupno	34826,606	179			

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost značajnosti za *psihičko zdravlje i utjecaj okoline* može se uočiti da značajnost testa iznosi manje od 0,05, odnosno  $p < 0,05$ , dakle može se reći da postoji statistički značajna razlika kod *psihičkog zdravlja i utjecaja okoline* s obzirom na *materijalno stanje ispitanika* (pri čemu je najveća razina aritmetičke sredine odgovora zabilježena za ispitanike koji navode *nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka*).

Kako bi se dodatno ustanovile ove razlike provedeno je testiranje putem post hoc Tukeyevog testa; kod skupina kod kojih je signifikantnost manja od 0,05 uočena je statistički značajna razlika u odgovorima ispitanika (što je dodatno naznačeno i zvjezdicom, tablica 51).

**Tablica 51: Tukey HSD**

Zavisna varijabla	(I) Materijalno stanje	(J) Materijalno stanje	Razlika sredina (I-J)	Stand. greška	Sig.
Fizičko zdravlje	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	Prosječno	-6,41558	3,19919	,114
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	-7,55556	3,60173	,093
	Prosječno	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	6,41558	3,19919	,114
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	-1,13997	2,55507	,896
	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	7,55556	3,60173	,093
		Prosječno	1,13997	2,55507	,896
Psihičko zdravlje	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	Prosječno	-7,43182	3,26358	,062
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	-9,94444*	3,67423	,020
	Prosječno	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	7,43182	3,26358	,062
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	-2,51263	2,60650	,601
	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	9,94444*	3,67423	,020
		Prosječno	2,51263	2,60650	,601
Društveni odnosi	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	Prosječno	,78788	4,07999	,980
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	2,92593	4,59337	,800
	Prosječno	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	-,78788	4,07999	,980
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	2,13805	3,25853	,789
	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	-2,92593	4,59337	,800
		Prosječno	-2,13805	3,25853	,789
Utjecaj okoline	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	Prosječno	-9,61932*	2,93536	,004
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	-15,29167*	3,30471	,000
	Prosječno	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	9,61932*	2,93536	,004
		Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	-5,67235*	2,34436	,043

	Nešto bolje i mnogo bolje od prosjeka	Mnogo lošije i nešto lošije od prosjeka	15,29167*	3,30471	,000
		Prosječno	5,67235*	2,34436	,043

\* The mean difference is significant at the 0.05 level.

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na tablicama 52 i 53 prikazane su razlike kod promatranih gerontoloških centara s obzirom na promatrane komponente kvalitete života.

**Tablica 52: Deskriptivna analiza podataka**

	Gerontološki centar	N	X	SD	SE
Fizičko zdravlje	Sv. Ana	30	75,9524	13,78218	2,51627
	Maksimir	30	67,9762	16,06755	2,93352
Psihičko zdravlje	Sv. Ana	30	70,0000	12,54303	2,29003
	Maksimir	30	66,1111	13,69889	2,50106
Društveni odnosi	Sv. Ana	30	62,7778	20,02553	3,65614
	Maksimir	30	62,5000	19,90759	3,63461
Utjecaj okoline	Sv. Ana	30	74,7917	15,08626	2,75436
	Maksimir	30	73,3333	15,94993	2,91204

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 53: t-test**

		Levenov test jednakosti varijanci		t-test		
		F	Sig.	t	Df	Sig. (dvostrana)
Fizičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	1,041	,312	2,064	58	<b>,044</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			2,064	56,686	,044
Psihičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	,001	,970	1,147	58	,256
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			1,147	57,555	,256
Društveni odnosi	Jednake varijance pretpostavljene	,094	,760	,054	58	,957

	Jednake varijance nisu pretpostavljene			,054	57,998	,957
Utjecaj okoline	Jednake varijance pretpostavljene	,049	,825	,364	58	,717
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			,364	57,821	,717

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost značajnosti za *fizičko zdravlje* može se uočiti kako značajnost testa iznosi manje od 0,05, odnosno  $p=0,044$ , dakle može se reći da postoji statistički značajna razlika kod *fizičkog zdravlja* s obzirom na promatrane gerontološke centre, pri čemu je viša razina aritmetičke sredine odgovora (viša razina fizičkog zdravlja) zabilježena za ispitanike iz gerontološkog centra Sv. Ana.

Na tablicama 54 i 55 prikazane su razlike kod promatranih domova s obzirom na promatrane komponente kvalitete života.

**Tablica 54: Deskriptivna analiza podataka**

	DOM	N	$\bar{x}$	SD	SE
Fizičko zdravlje	Sv. Ana	30	66,0714	11,20588	2,04590
	Maksimir	30	69,4048	12,71138	2,32077
Psihičko zdravlje	Sv. Ana	30	71,9444	11,57669	2,11361
	Maksimir	30	69,1667	16,72404	3,05338
Društveni odnosi	Sv. Ana	30	58,0556	19,63305	3,58449
	Maksimir	30	63,0556	17,32650	3,16337
Utjecaj okoline	Sv. Ana	30	74,7917	14,72479	2,68837
	Maksimir	30	69,5833	13,68158	2,49790

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 55: t-test**

		Levenov test jednakosti varijanci		t-test		
		F	Sig.	t	Df	Sig. (dvostrana)
Fizičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	,981	,326	-1,077	58	<b>,286</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			-1,077	57,102	,286
Psihičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	2,640	,110	,748	58	<b>,457</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			,748	51,602	,458
Društveni odnosi	Jednake varijance pretpostavljene	,098	,755	-1,046	58	<b>,300</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			-1,046	57,117	,300
Utjecaj okoline	Jednake varijance pretpostavljene	,029	,865	1,419	58	<b>,161</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			1,419	57,690	,161

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti kod promatranih komponenti kvalitete života može se uočiti da signifikantnost testa iznosi više od 5%,  $p > 0,05$  u svim promatranim slučajevima te se stoga može zaključiti da kod *promatranih domova (Sv. Ana, Maksimir)* nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*.

**Tablica 56: Deskriptivna analiza podataka**

	Skupina	N	X	SD	SE
Fizičko zdravlje	Ispitanici u domovima	60	67,7381	11,99862	1,54902
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	66,7262	15,70564	2,02759
Psihičko zdravlje	Ispitanici u domovima	60	70,5556	14,32872	1,84983
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	70,9722	17,17047	2,21670
Društveni odnosi	Ispitanici u domovima	60	60,5556	18,53044	2,39227
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	64,1667	16,68784	2,15439
Utjecaj okoline	Ispitanici u domovima	60	72,1875	14,33441	1,85056
	Ispitanici u vlastitim domovima	60	70,7292	11,90266	1,53663

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 57: t-test**

		Levenov test jednakosti varijanci		t-test		
		F	Sig.	t	Df	Sig. (dvostrana)
Fizičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	2,875	,093	,397	118	<b>,692</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			,397	110,371	,692
Psihičko zdravlje	Jednake varijance pretpostavljene	,902	,344	-,144	118	<b>,885</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			-,144	114,337	,886
Društveni odnosi	Jednake varijance pretpostavljene	,472	,494	-1,122	118	<b>,264</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			-1,122	116,729	,264
Utjecaj okoline	Jednake varijance pretpostavljene	,625	,431	,606	118	<b>,545</b>
	Jednake varijance nisu pretpostavljene			,606	114,144	,546

Izvor: Vlastiti izvor 2019.



Pogleda li se vrijednost signifikantnosti kod promatranih komponenti kvalitete života može se uočiti da signifikantnost testa iznosi više od 5%,  $p > 0,05$  u svim promatranim slučajevima te se stoga može konstatirati da kod promatranih *skupina* (ispitanici u domovima i ispitanici u vlastitim domovima) nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*.

**Tablica 58: Pearsonov koeficijent korelacije**

		Fizičko zdravlje	Psihičko zdravlje	Društveni odnosi	Utjecaj okoline
Fizičko zdravlje	r	1	<b>,647**</b>	<b>,421**</b>	<b>,569**</b>
	p		,000	,000	,000
	N	180	180	180	180
Psihičko zdravlje	r	<b>,647**</b>	1	<b>,481**</b>	<b>,575**</b>
	p	,000		,000	,000
	N	180	180	180	180
Društveni odnosi	r	<b>,421**</b>	<b>,481**</b>	1	<b>,504**</b>
	p	,000	,000		,000
	N	180	180	180	180
Utjecaj okoline	r	<b>,569**</b>	<b>,575**</b>	<b>,504**</b>	1
	p	,000	,000	,000	
	N	180	180	180	180

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

U tablici 58 može se uočiti da je razina korelacije između *svih promatranih varijabli* pozitivna i značajna s razinom pouzdanosti od 99%, dakle može se zaključiti da se u većini promatranih slučajeva radi o korelacijama srednjeg intenziteta; najveće korelacije zabilježene su između varijabli: *fizičko zdravlje i psihičko zdravlje* ( $r=0,647$ ;  $p<0,01$ ), zatim *psihičko zdravlje i utjecaj okoline* ( $r=0,579$ ;  $p<0,01$ ) te *fizičko zdravlje i utjecaj okoline* ( $r=0,569$ ;  $p<0,01$ ).

Povezanost dobivenih rezultata na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* analizirana je sa skupinom pitanja procjene kvalitete života upitnika SZO (tablice 59 do75).

**Tablica 59: Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života?	Loše	N	1	2	1	0	0	0,045
		%	7,1%	5,1%	2,8%	0,0%	0,0%	
	Ni dobro ni loše	N	1	16	16	20	5	
		%	7,1%	41,0%	44,4%	29,0%	22,7%	
	Dobro	N	11	17	19	45	13	
		%	78,6%	43,6%	52,8%	65,2%	59,1%	
	Jako dobro	N	1	4	0	4	4	
		%	7,1%	10,3%	0,0%	5,8%	18,2%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,045 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji ocjenjuju svoju kvalitetu života kao dobru (78,6%).

**Tablica 60: Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem?	Vrlo nezadovoljan	N	0	1	1	0	0	0,070
		%	0,0%	2,6%	2,8%	0,0%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	0	3	5	9	0	
		%	0,0%	7,7%	13,9%	13,0%	0,0%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	3	17	15	23	6	
		%	21,4%	43,6%	41,7%	33,3%	27,3%	
	Zadovoljan	N	11	17	15	36	13	
		%	78,6%	43,6%	41,7%	52,2%	59,1%	

	Jako zadovoljan	N	0	1	0	1	3
		%	0,0%	2,6%	0,0%	1,4%	13,6%
Ukupno		N	14	39	36	69	22
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,070 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih pitanja.

**Tablica 61: Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?	Nimalo	N	2	1	0	1	0	0,060
		%	14,3%	2,6%	0,0%	1,4%	0,0%	
	Malo	N	0	2	5	7	0	
		%	0,0%	5,1%	13,9%	10,1%	0,0%	
	Umjereno	N	4	17	20	30	9	
		%	28,6%	43,6%	55,6%	43,5%	40,9%	
	Većinom	N	3	11	9	21	8	
		%	21,4%	28,2%	25,0%	30,4%	36,4%	
	Potpuno	N	5	8	2	10	5	
		%	35,7%	20,5%	5,6%	14,5%	22,7%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,060 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih pitanja.

**Tablica 62: Koliko uživate u životu i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*	
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek		
Koliko uživate u životu?	Nimalo	N	0	1	1	0	1	0,001	
		%	0,0%	2,6%	2,8%	0,0%	4,5%		
	Malo	N	1	2	4	4	0		
		%	7,1%	5,1%	11,1%	5,8%	0,0%		
	Umjereno	N	1	13	24	27	5		
		%	7,1%	33,3%	66,7%	39,1%	22,7%		
	Većinom	N	6	16	6	31	12		
		%	42,9%	41,0%	16,7%	44,9%	54,5%		
	Potpuno	N	6	7	1	7	4		
		%	42,9%	17,9%	2,8%	10,1%	18,2%		
	Ukupno		N	14	39	36	69		22
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko uživate u životu?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,001 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji potpuno i većinom uživaju u životu (42,9%).

Razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji navode da se osjećaju nimalo ili malo sigurnima u svakodnevnom životu.

**Tablica 63: Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?	Nimalo	N	0	1	0	0	0	0,000
		%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Malo	N	0	1	5	1	0	
		%	0,0%	2,6%	13,9%	1,4%	0,0%	
	Umjereno	N	1	9	13	21	0	
		%	7,1%	23,1%	36,1%	30,4%	0,0%	
	Većinom	N	2	17	17	32	11	
		%	14,3%	43,6%	47,2%	46,4%	50,0%	
	Potpuno	N	11	11	1	15	11	
		%	78,6%	28,2%	2,8%	21,7%	50,0%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 64: Smatrate li da Vaš život ima smisla i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Smatrate li da Vaš život ima smisla?	Nimalo	N	0	1	2	1	1	0,068
		%	0,0%	2,6%	5,6%	1,4%	4,5%	
	Malo	N	0	2	4	3	0	
		%	0,0%	5,1%	11,1%	4,3%	0,0%	
	Umjereno	N	0	6	11	12	0	
		%	0,0%	15,4%	30,6%	17,4%	0,0%	
	Većinom	N	4	14	9	21	6	
		%	28,6%	35,9%	25,0%	30,4%	27,3%	
	Potpuno	N	10	16	10	32	15	
		%	71,4%	41,0%	27,8%	46,4%	68,2%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Smatrate li da Vaš život ima smisla?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,068 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih pitanja.

**Tablica 65: Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?	Nimalo	N	0	1	2	1	1	0,707
		%	0,0%	2,6%	5,6%	1,4%	4,5%	
	Malo	N	0	4	2	4	1	
		%	0,0%	10,3%	5,6%	5,8%	4,5%	
	Umjereno	N	1	11	13	24	8	
		%	7,1%	28,2%	36,1%	34,8%	36,4%	
	Većinom	N	8	15	15	28	7	
		%	57,1%	38,5%	41,7%	40,6%	31,8%	
	Potpuno	N	5	8	4	12	5	
		%	35,7%	20,5%	11,1%	17,4%	22,7%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,707 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih pitanja.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,002 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji navode da nimalo ili malo prihvaćaju svoj fizički izgled.

**Tablica 66: Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled?	Nimalo	N	0	1	2	0	1	0,002
		%	0,0%	2,6%	5,6%	0,0%	4,5%	
	Malo	N	0	1	4	0	0	
		%	0,0%	2,6%	11,1%	0,0%	0,0%	
	Umjereno	N	1	10	11	17	1	
		%	7,1%	25,6%	30,6%	24,6%	4,5%	
	Većinom	N	3	10	14	20	5	
		%	21,4%	25,6%	38,9%	29,0%	22,7%	
	Potpuno	N	10	17	5	32	15	
		%	71,4%	43,6%	13,9%	46,4%	68,2%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 67: Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu?	Nimalo	N	0	2	1	2	1	0,161
		%	0,0%	5,1%	2,8%	2,9%	4,5%	
	Malo	N	1	7	10	10	1	
		%	7,1%	17,9%	27,8%	14,5%	4,5%	
	Umjereno	N	3	8	10	17	7	
		%	21,4%	20,5%	27,8%	24,6%	31,8%	
	Većinom	N	2	13	10	29	8	
		%	14,3%	33,3%	27,8%	42,0%	36,4%	
	Potpuno	N	8	9	5	11	5	
		%	57,1%	23,1%	13,9%	15,9%	22,7%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očajaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,161 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih pitanja.

**Tablica 68: Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očajaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očajaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	Vrlo nezadovoljan	N	0	3	2	1	0	0,111
		%	0,0%	7,7%	5,6%	1,4%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	1	5	4	9	2	
		%	7,1%	12,8%	11,1%	13,0%	9,1%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	2	10	17	17	3	
		%	14,3%	25,6%	47,2%	24,6%	13,6%	
	Zadovoljan	N	7	12	9	33	10	
		%	50,0%	30,8%	25,0%	47,8%	45,5%	
	Vrlo zadovoljan	N	4	9	4	9	7	
		%	28,6%	23,1%	11,1%	13,0%	31,8%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očajaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,111 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih pitanja.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,046 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očajaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji su nezadovoljni svojom sposobnošću obavljanja životnih aktivnosti.



**Tablica 69: Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti?	Vrlo nezadovoljan	N	0	1	1	0	0	<b>0,046</b>
		%	0,0%	2,6%	2,8%	0,0%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	0	1	1	4	0	
		%	0,0%	2,6%	2,8%	5,8%	0,0%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	1	12	17	17	2	
		%	7,1%	30,8%	47,2%	24,6%	9,1%	
	Zadovoljan	N	9	19	15	42	14	
		%	64,3%	48,7%	41,7%	60,9%	63,6%	
	Vrlo zadovoljan	N	4	6	2	6	6	
		%	28,6%	15,4%	5,6%	8,7%	27,3%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

**Tablica 70: Koliko ste zadovoljni samim sobom i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*	
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek		
Koliko ste zadovoljni samim sobom?	Vrlo nezadovoljan	N	0	1	1	0	0	<b>0,001</b>	
		%	0,0%	2,6%	2,8%	0,0%	0,0%		
	Nezadovoljan	N	1	2	2	1	0		
		%	7,1%	5,1%	5,6%	1,4%	0,0%		
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	0	6	16	12	4		
		%	0,0%	15,4%	44,4%	17,4%	18,2%		
	Zadovoljan	N	5	21	14	47	11		
		%	35,7%	53,8%	38,9%	68,1%	50,0%		
	Vrlo zadovoljan	N	8	9	3	9	7		
		%	57,1%	23,1%	8,3%	13,0%	31,8%		
	Ukupno		N	14	39	36	69		22
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni samim sobom?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,001 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji su vrlo zadovoljni samim sobom (57,1%).

**Tablica 71: Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima?	Vrlo nezadovoljan	N	0	0	1	0	0	0,035
		%	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%	
	Nezadovoljan	N	1	3	4	2	0	
		%	7,1%	7,7%	11,1%	2,9%	0,0%	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	1	3	12	14	2	
		%	7,1%	7,7%	33,3%	20,3%	9,1%	
	Zadovoljan	N	6	23	14	43	13	
		%	42,9%	59,0%	38,9%	62,3%	59,1%	
Vrlo zadovoljan	N	6	10	5	10	7		
	%	42,9%	25,6%	13,9%	14,5%	31,8%		
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,035 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji su vrlo zadovoljni osobnim vezama s drugim ljudima (42,9%).

**Tablica 72: Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja i koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*	
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek		
Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?	Vrlo nezadovoljan	N	0	2	3	0	0	0,005	
		%	0,0%	5,1%	8,3%	0,0%	0,0%		
	Nezadovoljan	N	0	3	6	5	0		
		%	0,0%	7,7%	16,7%	7,2%	0,0%		
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	2	10	15	17	6		
		%	14,3%	25,6%	41,7%	24,6%	27,3%		
	Zadovoljan	N	7	13	8	39	9		
		%	50,0%	33,3%	22,2%	56,5%	40,9%		
	Vrlo zadovoljan	N	5	11	4	8	7		
		%	35,7%	28,2%	11,1%	11,6%	31,8%		
	Ukupno		N	14	39	36	69		22
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?* može se uočiti da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,005 ( $p < 0,05$ ), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*; pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji su nezadovoljni potporom prijatelja.

Učinjena je i usporedba rezultata razine signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?* s demografskim pokazateljima, odnosno dobi, spolom i obrazovnim statusom. U rezultatima se uočava da vrijednost Hi kvadrat testa iznosi: obrazovanje 0,486; spol 0,251; dob 0,613 ( $p > 0,05$  u svim slučajevima) što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* i demografskih pokazatelja (*dobi, spola i obrazovanja*). Navedeni rezultati prikazani su u tablicama 73, 74 i 75.

**Tablica 73: Spol i učestalost negativnih misli, loše volje, očaja, tjeskobe i depresije**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Spol	Ženski	N	8	21	12	36	13	0,251
		%	57,1%	53,8%	33,3%	52,2%	59,1%	
	Muški	N	6	18	24	33	9	
		%	42,9%	46,2%	66,7%	47,8%	40,9%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između spola i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,251 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika odgovora na pitanje u odnosu na spol ispitanika.

**Tablica 74: Dob i učestalost negativnih misli, loše volje, očaja, tjeskobe i depresije**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek	
Dob	65-74	N	8	18	13	26	6	0,613
		%	57,1%	46,2%	36,1%	37,7%	27,3%	
	75-84	N	5	18	16	32	11	
		%	35,7%	46,2%	44,4%	46,4%	50,0%	
	85+	N	1	3	7	11	5	
		%	7,1%	7,7%	19,4%	15,9%	22,7%	
Ukupno		N	14	39	36	69	22	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između dobi i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* iznosi 0,613 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika odgovora na pitanje u odnosu na dob ispitanika.

**Tablica 75: Obrazovanje i učestalost negativnih misli, loše volje, očaja, tjeskobe i depresije**

			Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?					p*	
			Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek		
Obrazovanje	OŠ	N	0	2	2	9	4	0,486	
		%	0,0%	5,1%	5,6%	13,0%	18,2%		
	SSS	N	6	17	10	30	8		
		%	42,9%	43,6%	27,8%	43,5%	36,4%		
	VŠS	N	1	7	8	12	3		
		%	7,1%	17,9%	22,2%	17,4%	13,6%		
	VSS	N	5	12	14	16	5		
		%	35,7%	30,8%	38,9%	23,2%	22,7%		
	MR /DR	N	2	1	2	2	2		
		%	14,3%	2,6%	5,6%	2,9%	9,1%		
	Ukupno		N	14	39	36	69		22
			%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

\*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između obrazovanja i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije* iznosi 0,486 ( $p > 0,05$ ), dakle nije uočena statistički značajna razlika odgovora na pitanje u odnosu na obrazovanje ispitanika.

## 5.2 Kvalitativna analiza podataka po skupinama

Na osnovi dvaju otvorenih pitanja na koja su ispitanici dobrovoljno mogli dati svoje odgovore, a odnose se na probleme koji utječu na njihovo zadovoljstvo i kvalitetu života i prijedloge kojima bi se njihova kvaliteta života mogla poboljšati učinjena je kvalitativna analiza dobivenih podataka.

Analiza je proces u kojem se kategoriziranjem i klasificiranjem gradiva oblikuju pojmovi koji se potom međusobno povezuju i oblikuju teorijske modele i objašnjenja. Analiza otvorenih pitanja provedena je kvalitativnom metodologijom koristeći analizu koja se sastoji od: (1) uređivanja materijala, (2) određivanja jedinice kodiranja, (3) otvorenog kodiranja, (4) izbora i definiranja relevantnih pojmova i kategorija (Mesec 1998).

U istraživanju se nastojalo utvrditi različitosti problema koji utječu na zadovoljstvo i kvalitetu života i prijedloga za rješavanje istih u odnosu na različite objektivne čimbenike okoline (smještaj u domu za starije, vlastito kućanstvo, vlastito kućanstvo s korištenjem usluga gerontološkog centra).

Za kvalitativnu analizu postavljena su dva istraživačka pitanja:

1. Ukoliko postoje, navedite probleme u Vašem životu koji utječu na Vaše zadovoljstvo i kvalitetu života?
2. Što bi trebalo promijeniti i koje aktivnosti bi trebalo poduzeti kako bi Vam se poboljšala kvaliteta života?

Ispitanici su na pitanja odgovarali samostalno u pisanom obliku bez ometanja drugih osoba prilikom ispunjavanja upitnika. Cilj je bio uvidjeti postoje li problemi koji ispitanicima ometaju kvalitetu života i koje promjene ispitanici predlažu kako bi se njihova kvaliteta života poboljšala. Ispitanici su bili upućeni da navedu probleme koji ih opterećuju i prijedloge za koje misle da bi mogli te probleme riješiti i tako poboljšati njihovu kvalitetu života. Rezultati su prikazani za svaku skupinu i pitanja posebno te su na kraju svake tablice prikazani i analizirani dobiveni rezultati. Odgovori ispitanika po skupinama prikazani su u tablicama 76 do 81.

- Gerontološki centri

**Tablica 76: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje koji problemi utječu na njihovo zadovoljstvo i kvalitetu života**

Odgovori ispitanika	Kod	Kategorija
<p><b>AŽ (Sv. Ana –žene)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Iako živim u zajedničkom kućanstvu sa sinom, snahom i unucima, <b>osjećam se usamljeno i jadno</b> (svi su jako pametni). Zato bih najradije išla u dom radi društva.</li> <li>○ <b>Tjeskoba i usamljenost.</b></li> <li>○ Sve u skladu s godinama.</li> <li>○ Loše upravljanje državom, <b>previše čekanja na zdravstvene preglede</b>, preopterećenje obitelji (mlađih) za raznu pomoć.</li> <li>○ <b>Mjesto stanovanja</b>, zagađeni zrak i neuredno parkiranje.</li> <li>○ Problemi su u godinama, što je normalno.</li> <li>○ <b>Bolest u obitelji.</b></li> <li>○ <b>Zdravstveno stanje</b>, godine života.</li> <li>○ <b>Previše čekanja na zdravstvene i terapijske usluge.</b></li> <li>○ <b>Samoća u kući.</b></li> <li>○ <b>Premalo financija za život.</b></li> <li>○ U naselju nema ni pošte ni banke – potreba starijim osobama</li> <li>○ <b>Fali mi društvo za više ići na izložbe, kazalište itd.</b> Mladi nemaju vremena, a stari su često lijeni</li> <li>○ <b>Povremena ovisnost o alkoholu od strane supruga</b></li> <li>○ <b>Pomalo mi nedostaje informatička pismenost</b></li> <li>○ <b>Mala mirovina</b></li> <li>○ <b>Bilo bi dobro da imam malo bolju mirovinu</b>, zahtjevi nisu veliki ali bi bilo dobro</li> </ul> <p><b>MŽ (Maksimir - žene)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Zdravstveni problemi</b></li> <li>○ Nema nekih posebnih problema, ali spontano dođe <b>loša volja</b></li> <li>○ <b>Premale mirovine</b> dovode do očaja, tjeskobe i depresije</li> <li>○ <b>Briga o ishrani</b></li> <li>○ <b>Zli ljudi</b></li> <li>○ <b>Problem je što sam ostala udovica</b></li> <li>○ <b>Većinom je dobro samo bi voljela da fizički mogu više učiniti nego mi tijelo dozvoljava</b></li> <li>○ <b>Financijske i ostale brige oko starije</b></li> </ul>	<p><u>Osjećaji usamljenosti, nezadovoljstva</u></p> <p><u>Osjećaji tjeskobe i usamljenosti</u></p> <p><u>Dugo čekanje na zdravstvene preglede</u> <u>Nezadovoljstvo mjestom stanovanja</u></p> <p><u>Zdravstveno stanje</u> <u>Čekanje na zdravstvene usluge</u> <u>Osjećaj usamljenosti</u></p> <p><u>Mali prihodi</u> <u>Smanjena infrastruktura življenja</u> <u>Nedostatak društva</u></p> <p><u>Problem ovisnosti u obitelji</u> <u>Informatička nepismenost</u> <u>Manji prihodi</u> <u>Manji prihodi</u></p> <p><u>Zdravstveni problemi</u> <u>Neraspoloženost</u></p> <p><u>Mali prihodi</u> <u>Problem s prehranom</u></p> <p><u>Osjećaj usamljenosti</u> <u>Nedostatak fizičke snage</u></p> <p><u>Smanjeni prihodi</u></p>	<p><u>Nedostatak socijalne mreže</u></p> <p><u>Nedostatak socijalne mreže</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u> <u>Nezadovoljstvo prostorom u zajednici</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo podrškom usluga u zdravstvu</u></p> <p><u>Nedostatak socijalne mreže</u> <u>Nezadovoljstvo financijskom potporom</u> <u>Nezadovoljstvo infrastrukturnom podrškom</u></p> <p><u>Problem u obitelji</u></p> <p><u>Nedostatak znanja</u> <u>Nezadovoljstvo financijskom potporom</u></p> <p><u>Nedostatak zdravlja</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo financijskom potporom</u> <u>Problemi ishrane</u></p> <p><u>Nedostatak socijalne mreže</u> <u>Nedostatak fizičkih sposobnosti</u> <u>Smanjena financijska potpora</u></p>

<p><i>osobe</i> i pomoć djeci i unucima oko financija i ostalog</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Samoća</i></li> <li>○ <i>Život sa sinom, nemam slobodu</i></li> <li>○ <i>Depresija</i></li> <li>○ <i>Nedostatak financija</i></li> <li>○ <i>Problemi u mom životu su najveće nezadovoljstvo - djeca</i></li> <li>○ <i>Zdravstveni problemi, strah od budućnosti</i></li> <li>○ <i>Zdravstveni problemi, obiteljski problemi, nemogućnost posvećivanja svojim problemima i željama, nemogućnost kretanja, druženja, aktivnosti po vlastitoj želji</i></li> <li>○ <i>Zadovoljstvo</i> proizlazi iz činjenice da imam dobro društvo, dobru djecu i unučad, muža s kojim zajedno pjevam u zboru i inače dijelimo slične sklonosti</li> <li>○ <i>Mislim da si svaki sam može odrediti stanje i situaciju da mu bude bolje. Uz malo kreativnosti može se doći do rezultata</i></li> </ul> <p><b>MM (Maksimir - muškarci)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Financije</i></li> <li>○ <i>Premala mirovina i nedostupnost liječenja</i></li> <li>○ <i>Zdravstveni problemi</i></li> <li>○ <i>Loša politika vlade</i></li> <li>○ <i>Male mirovine</i></li> <li>○ <i>Imam kokošje sljepilo i noću ne mogu sam u kazalište, koncerte, kino, ples. Imam 14 prijateljica, a nekad se dogodi da niti jedna od njih nije slobodna da ide sa mnom i moram ostati kod kuće</i></li> <li>○ <i>Neodgovorno ponašanje sugrađana i vlasnika pasa u društvu i okolini. Općenito nedostatak odgoja, komunikacije i dobrih odnosa</i></li> </ul>	<p><u>Osjećaj usamljenosti</u></p> <p><u>Osjećaj depresije</u> <u>Mali prihodi</u></p> <p><u>Zdravstveni problemi</u> <u>Obiteljski problemi</u> <u>Nemogućnost kretanja</u> <u>Nedostatak druženja</u></p> <p><u>Zadovoljstvo</u> <u>Podrška obitelji</u></p> <p><u>Samostalnost u odlukama</u> <u>Kreativnost</u></p> <p><u>Mali prihodi</u></p> <p><u>Zdravstveni problem</u></p> <p><u>Mali prihodi</u></p> <p><u>Povremeni nedostatak društva</u></p>	<p><u>Nedostatak socijalne mreže</u></p> <p><u>Psihičke promjene</u> <u>Nezadovoljstvo</u> <u>financijskom potporom</u></p> <p><u>Nedostatak zdravlja</u> <u>Problem u obitelji</u> <u>Nedostatak fizičkih sposobnosti</u> <u>Nedostatak socijalne mreže</u></p> <p><u>Obiteljska podrška</u> <u>Osobnost</u> <u>Nedostatak samostalnosti u odlukama</u> <u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo</u> <u>financijskom potporom</u> <u>Nedostatak zdravlja</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo</u> <u>financijskom potporom</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p>
---	--	--

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Problemi koje ispitanici gerontološkog centra navode u najviše dobivenih odgovora povezani su s materijalnim stanjem kroz učestalo navođenje pojma *male mirovine*, uslugama u zdravstvu kroz učestalo navođenje pojmova *premalo usluga rehabilitacije u zdravstvu*, *dugo čekanje na specijalističke preglede*, osjećajem osamljenosti i nedostatka društva kroz pojmove *fali mi društvo*, *samoća*, *osjećam se usamljeno i jedno*.



**Tablica 77: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje što bi trebalo poduzeti za poboljšanje njihove kvalitete života**

Odgovori	Kod	Kategorija
<b>AŽ (Sv. Ana - žene)</b>		
○ Sama si prilagodim kvalitetu života	<u>Prilagodba</u>	<u>Samostalnost</u>
○ Bolja komunikacija s ljudima, smanjiti otuđenje	<u>Bolja komunikacija</u>	<u>Socijalna mreža</u> <u>Aktivnosti</u>
○ Usluge zdravstva	<u>Usluge u zdravstvu</u>	<u>Nezadovoljstvo</u> <u>zdravstvenim uslugama</u>
○ Brže i brižljivo praćenje starijih osoba, kraće čekanje na zdravstvene preglede i obrada istih		
○ Sama se trudim da održim kvalitetu pokretljivosti šaka. Trenutno sam u fazi fizikalnog liječenja		
○ Ne znam		
○ Bolje i brže usluge u zdravstvu, manje čekanja na red za preglede i terapije!!!	<u>Bolje i brže usluge u zdravstvu</u>	<u>Nezadovoljstvo</u> <u>zdravstvenim uslugama</u>
○ Više razumijevanja nadležnih ustanova za potrebe osoba 65+	<u>Više razumijevanja</u>	<u>Uloga zajednice</u>
○ Izgradnja društvenog doma u Sopotu kako bi umirovljenici imali kvalitetniji život - više druženja, prostor vježbanja - stalno mijenjamo prostor	<u>Više druženja</u> <u>Više prostora za aktivnosti</u>	<u>Socijalna mreža</u> <u>Aktivnosti</u> <u>Uloga zajednice</u>
○ Što više druženja starijih osoba	<u>Više druženja</u>	
○ Povećati mirovine	<u>Povećanje prihoda</u>	<u>Nezadovoljstvo</u> <u>uslugama u zdravstvu</u>
○ Što manje čekanja na usluge u zdravstvu i ljubaznost	<u>Manje čekanje na usluge</u>	
○ Promijeniti neprikladne prostorije za društvene aktivnosti u mjesnoj zajednici	<u>Veće mogućnosti</u>	<u>Nezadovoljstvo</u> <u>uslugama u zdravstvu</u>
○ Češća mogućnost odlaska fizijatru, a ne samo 2x godišnje	<u>liječenja</u>	
○ Izgradnja novog doma do doma Sv. Ana		
○ Dan mi je kratak ( molim produženje!!)		
○ Ništa ne bih mijenjala		
○ Poboljšati usluge u zdravstvu - dugo je čekanje na specijalističke preglede	<u>Bolje usluge u zdravstvu</u>	<u>Nezadovoljstvo</u> <u>uslugama u zdravstvu</u>
<b>MŽ (Maksimir - žene)</b>		
○ Povećati premale mirovine		
○ Prvo povećati premale mirovine, da možemo normalno živjeti bez razmišljanja kako ćemo sutra	<u>Veće mirovine</u>	<u>Nezadovoljstvo</u> <u>financijskom potporom</u>
○ Više aktivnosti	<u>Više aktivnosti</u>	
○ Više prostora za umirovljenike	<u>Više prostora za aktivnosti</u>	<u>Nedostatak aktivnosti</u>
○ Tečaj mršavljenja	<u>Više druženja</u>	<u>Nedostatak informacija</u> <u>o mogućim uslugama</u>
○ Puno plesa, pjesme i smijeha	<u>Više informacija</u>	
○ Informacije o uslugama dati putem medija	<u>putem medija</u>	
○ Ništa osim da mi zdravlje bude bolje	<u>Veće mirovine</u>	<u>Socijalna mreža</u> <u>Nezadovoljstvo</u> <u>financijskom potporom</u>
○ Samo povećati mirovine		
○ Bolje usluge zdravstva, javnog prijevoza za starije osobe		
○ Ljubaznost i poštovanje općenito u društvu prema ljudima starije dobi.	<u>Odnosi prema starijim osobama</u>	<u>Socijalna mreža</u> <u>Aktivnosti</u>

<p><i>Dozvoliti da dostojanstveno dočekaju svoj kraj</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Više druženja</i></li> <li>○ <i>Trebala bih živjeti sama</i></li> <li>○ <i>Više samopouzdanja</i></li> <li>○ <i>Više putovati</i></li> <li>○ <i>Povećati financije</i></li> <li>○ <i>Da bi se poboljšala kvaliteta života više pjesme i plesa</i></li> <li>○ <i>Nešto veća mirovina, što manje čekanja na dom umirovljenika</i></li> <li>○ <i>Kratkotrajni izleti, 2 x godišnje na more, barem 1-2x tjedno raditi da se osjećam korisno i da si povećam prihode</i></li> <li>○ <i>Veće mirovine, blizina zdravstvenih ustanova, rekreacija, izlasci, sve ono što se upražnjavalo kroz radni vijek i školovanje</i></li> </ul> <p><b>MM (Maksimir - muškarci)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Dati veće mirovine</i></li> <li>○ <i>Povećati mirovine i dostupnost liječenja</i></li> <li>○ <i>Više mogućnosti rekreacije i komunikacije</i></li> <li>○ <i>Veće mirovine</i></li> <li>○ <i>Veće mirovine</i></li> <li>○ <i>Organizirati edukativne emisije u udarnim terminima na TV kako bi naučili populaciju odgovornom ponašanju i poštivanju sebe i drugih</i></li> </ul>	<p><i><u>Više druženja</u></i> <i><u>Želja za samoćom</u></i></p> <p><i><u>Više putovanja</u></i> <i><u>Više prihoda</u></i></p> <p><i><u>Manje čekanje na smještaj u dom</u></i></p> <p><i><u>Više aktivnosti za osjećaj korisnosti</u></i></p> <p><i><u>Veće mirovine i blizina zdravstvenih ustanova</u></i> <i><u>Više aktivnosti</u></i></p> <p><i><u>Veće mirovine</u></i> <i><u>Dostupnost liječenja</u></i> <i><u>Više mogućnosti rekreacije</u></i> <i><u>Veće mirovine</u></i></p>	<p><i><u>Socijalna mreža</u></i></p> <p><i><u>Aktivnosti</u></i> <i><u>Nezadovoljstvo finansijskom potporom</u></i></p> <p><i><u>Nezadovoljstvo društvenim djelovanjem</u></i></p> <p><i><u>Socijalna mreža</u></i> <i><u>Aktivnosti</u></i></p> <p><i><u>Nezadovoljstvo finansijskom potporom</u></i> <i><u>Uloga zajednice</u></i></p> <p><i><u>Nezadovoljstvo finansijskom potporom</u></i> <i><u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u></i> <i><u>Nezadovoljstvo društvenim akcijama</u></i> <i><u>Nezadovoljstvo finansijskom potporom</u></i></p>
---	--	--

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kroz dobivene odgovore na pitanje što bi trebalo promijeniti kako bi im se poboljšala kvaliteta života može se vidjeti da ispitanici gerontoloških centara u većini naglašavaju poboljšanje zdravstvenih usluga u smislu manjeg čekanja na specijalističke preglede koje trebaju, dovoljno rehabilitacijskih usluga tijekom godine, bolje i brže usluge u zdravstvu; povećanje mirovina kako bi mogli pristojno živjeti; poboljšanje okoline u poticanju osnivanja većih prostora koji služe za druženja i održavanje aktivnosti. Problem smanjenog druženja iz odgovora se očituje ne samo kao nedostatak prostora, već i kao percepcija osobnog doživljaja aktivnosti koji može povećati ili smanjiti socijalnu mrežu. Ispitanici žele dostupnost informacija o uslugama koje se provode u zajednici, kao i pružanje većeg broja aktivnosti koje bi zadovoljile njihove potrebe za druženjem.

- Dom za starije osobe

**Tablica 78: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje koji problemi utječu na njihovo zadovoljstvo i kvalitetu života**

Odgovori	Kod	Kategorija
<p><b>AŽ (Sv. Ana.- žene)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Loš odnos sa obitelji</b> ( kćerka, zet, unuci)</li> <li>○ <b>Nisam baš zadovoljna kvalitetom prehrane</b></li> <li>○ <b>Nekorektnost, međuljudski odnosi, financijski problemi</b></li> </ul>	<p><u>Loši obiteljski odnosi</u></p> <p><u>Loša prehrana</u></p> <p><u>Loši međuljudski odnosi</u></p> <p><u>Manji prihodi</u></p>	<p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Lokalna podrška</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo uslugama u domu</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo mirovinama</u></p>
<p><b>MŽ (Maksimir- žene)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Mala mirovina</b> koja me jako muči, nisam u potpunosti zadovoljna</li> <li>○ <b>Svijest da sam u životnom razdoblju čekanja kraja života</b> i da mojim bliskom ljudima (kćeri, unuku, prijateljicama i rođacima) u osjećajnom pogledu pomalo značim da sam im više teret (briga o meni, moje postojanje)</li> <li>○ <b>Zdravlje mi je najveći problem</b></li> <li>○ <b>Nepoštivanje ljudi u našoj državi</b></li> <li>○ <b>Dugo čekanje na preglede</b></li> <li>○ <b>Mala mirovina, loši zdravstveni problemi</b></li> <li>○ <b>Odnosi u domu</b></li> <li>○ <b>Nemogućnost samostalnog smještaja</b> da bi mogla pisati dječje priče na miru, potreban mi je mir za moje aktivnosti</li> <li>○ <b>Nemogućnost smještaja u jednokrevetnoj sobi</b> jer se ne slažem sa drugom osobom u sobi</li> <li>○ <b>Nedostatak tolerancije, poštivanja, a nadasve bržeg rješavanja problema</b></li> <li>○ <b>Nerazumijevanje od strane socijalne radnice, protekcije prema osobama koje imaju poznanstva</b></li> </ul>	<p><u>Manji prihodi</u></p> <p><u>Tjeskobne misli</u></p> <p><u>Zdravstveni problemi</u></p> <p><u>Čekanje na zdravstvene usluge</u></p> <p><u>Manji prihodi</u></p> <p><u>Međuljudski odnosi u domu</u></p> <p><u>Nemogućnost adekvatnog smještaja</u></p> <p><u>Loši međuljudski odnosi</u></p> <p><u>Nerazumijevanje stručne službe</u></p>	<p><u>Nezadovoljstvo mirovinama</u></p> <p><u>Psihološki simptomi</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u></p> <p><u>Lokalna podrška</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo mirovinama</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Uloga lokalne zajednice</u></p> <p><u>Nedostatak infrastrukture u domu</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p>
<p><b>MM (Maksimir - muškarci)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Neadekvatan odnos s obitelji</b></li> <li>○ <b>Nedovoljna komunikacija u prenošenju informacija</b></li> <li>○ <b>Nedovoljan trud u korištenju usluga u domu</b></li> <li>○ <b>Neadekvatan prostor u sobi, namještaj, neudoban ležaj</b></li> <li>○ <b>Loši uvjeti u prostoru življenja</b></li> <li>○ <b>Opća situacija u društvu</b></li> </ul>	<p><u>Loši obiteljski odnosi</u></p> <p><u>Nedovoljna komunikacija</u></p> <p><u>Neadekvatan smještaj</u></p> <p><u>Loši uvjeti stanovanja</u></p> <p><u>Slaba potpora</u></p>	<p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo smještajem</u></p> <p><u>Nedostatak socijalne mreže</u></p>
<p><b>AM (Maksimir - muškarci)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Slaba potpora</b> u slobodnim danima kad nema brige oko dizanja iz</li> </ul>	<p><u>Slaba potpora</u></p>	<p><u>Nedostatak socijalne mreže</u></p>

<p><i>kreveta, u slobodnim danima (subota, nedjelja i praznik) teško mi se dizati iz kreveta bez pomoći</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Neki nerazumni ljudi</i></li> <li>○ <i>Problemi sa javnim prijevozom</i></li> <li>○ <i>Osobni obiteljski problemi (supruga ima demenciju)</i></li> <li>○ <i>Težak život, pogotovo kod djece</i></li> </ul>	<p><u>Nezadovoljstvo podrškom u domu</u></p> <p><u>Neadekvatan javni prijevoz</u></p> <p><u>Obiteljski problemi</u></p>	<p><u>Usluge u domu</u></p> <p><u>Uloga zajednice</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p>
--	---	---

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Problemi koje ispitanici doma za starije najčešće navode povezani su s materijalnim stanjem kroz učestalo navođenje pojma male mirovine, uslugama u zdravstvu kroz učestalo navođenje pojmova premalo usluga rehabilitacije u zdravstvu, dugo čekanje na specijalističke preglede, osjećajem nerazumijevanja i smanjene komunikacije u domu kroz pojmove nedostatak tolerancije, poštivanja, nerazumijevanje od socijalne radnice, loši međuljudski odnosi, nedostatak dobre komunikacije te nezadovoljstvom samim smještajem, odnosno okolinom u kojoj žive kroz pojmove neadekvatan prostor u sobi, namještaj, neudoban ležaj, loši uvjeti u prostoru življenja.

**Tablica 79: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje što bi trebalo poduzeti za poboljšanje njihove kvalitete života**

Odgovori	Kod	Kategorija
<p><b>AŽ (Sv. Ana - žene)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Bitno poboljšati zdravstvo i općenito kvalitetu života</i></li> <li>○ <i>Da se bolje kuha u domu, malo bolja organizacija od strane djelatnika</i></li> <li>○ <i>Više rješavati konkretne probleme u društvu i cjelokupnu lošu skrb starijih osoba</i></li> </ul>	<p><u>Bolje zdravstvene usluge</u></p> <p><u>Bolja prehrana u domu</u></p> <p><u>Bolje rješavanje problema skrbi starijih osoba</u></p>	<p><u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo uslugama u domu</u></p> <p><u>Uloga zajednice u skrbi starijih osoba</u></p>
<p><b>MŽ (Maksimir- žene)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Povećati mirovine da mogu ljudski živjeti</i></li> <li>○ <i>Molim da se povede veća briga kada sam u nevolji</i></li> <li>○ <i>Mislim da ništa ne bi promijenilo moju kvalitetu života, u mom okruženju ne mogu ništa promijeniti</i></li> <li>○ <i>Katkada bih trebala se ispuhati u vlastitom nezadovoljstvu</i></li> <li>○ <i>Osigurati napredak u medicini za pronalazak lijekova koji mogu liječiti kronične bolesti</i></li> <li>○ <i>Povećanje mirovine</i></li> <li>○ <i>Za vrijeme obroka trebalo bi biti tiho, a ne punim ustima pričati. Na hodniku</i></li> </ul>	<p><u>Veće mirovine</u></p> <p><u>Biti sam kad treba</u></p> <p><u>Vlastiti mir</u></p> <p><u>Veće mirovine</u></p>	<p><u>Nezadovoljstvo mirovinama</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo mirovinama</u></p>

<p>bi trebala biti tišina, ima dvorana gdje se može družiti i „tračati“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Da nema dugog čekanja na preglede i dovoljno vremena kod liječnika</li> <li>○ Bolje zdravstvene usluge, manje čekanja na preglede, rehabilitacija</li> <li>○ Uvesti internet u domove za starije radi održavanja memorije i praćenje tehničkih mogućnosti i pristup informacijama</li> <li>○ Hrana bi mogla biti bolja</li> <li>○ Osigurati mirnu okolinu u domu da mogu raditi ono što želim – pisati dječje priče</li> <li>○ Postojanje psihijatra i psihologa u domu, adekvatnija skrb za starije u smislu praćenja zdravstvenog stanja svakih 6 mjeseci kako bi se pratilo zdravlje</li> </ul> <p><b>MM (Maksimir - muškarci)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jača povezanost sa obitelji i prijateljima</li> <li>○ Bolja prezentacija informacija</li> <li>○ Vlastiti angažman</li> <li>○ Kvalitetniji ležaj, namještaj u sobi, općenito smještaj</li> <li>○ O kvaliteti života odlučujem sam</li> <li>○ Bolji smještaj, krevet, bolji uvjeti stanovanja</li> <li>○ Potaknuti proizvodnju u društvu</li> <li>○ Prevenirati koruptivne radnje ( čak i prilikom upisa u dom)</li> </ul> <p><b>AM (Sv. Ana - muškarci)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Osiguranje pomoći kada mi je potrebna</li> <li>○ Da sam sam u životu i domu</li> <li>○ Više druženja, susreti s dragim ljudima</li> <li>○ Povećati mirovine</li> </ul>	<p><u>Bolje zdravstvene usluge i mogućnosti liječenja</u></p> <p><u>Uvesti moderne sadržaje</u></p> <p><u>Bolja prehrana u domu</u></p> <p><u>Osigurati mir pojedincima</u></p> <p><u>Osigurati stručnjaka</u></p> <p><u>Bolja obiteljska povezanost</u></p> <p><u>Bolja prezentacija informacija</u></p> <p><u>Kvalitetniji smještaj</u></p> <p><u>Boljitak društva u cjelini</u></p> <p><u>Osiguranje potrebne pomoći</u></p> <p><u>Osigurati privatnost</u></p> <p><u>Više druženja</u></p> <p><u>Veće mirovine</u></p>	<p><u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo uslugama u domu</u></p> <p><u>Uloga društvenih struktura</u></p> <p><u>Uloga zajednice</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Uloga zajednice</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Uloga zajednice</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo uslugama pomoći</u></p> <p><u>Sudjelovanje u odlukama</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo mirovinama</u></p>
--	---	---

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kroz odgovore na pitanje što bi trebalo promijeniti kako bi im se poboljšala kvaliteta života, ispitanici u domu naglašavaju poboljšanje zdravstvenih usluga putem kontrole i praćenja zdravstvenog stanja, povećanje mirovina, poboljšanje okoline u poticanju kvalitetnijeg smještaja i prehrane u domu. Ispitanici navode potrebu dostupnosti informacija, uvođenje modernih tehnologija (internet) i učenje istih. Žele dobiti pomoć onda kad im je potrebna, kao i usluge posebnih stručnjaka (psihologa, psihijatra) koji bi trebali biti dostupni u domu za starije osobe. Smatraju da se njihovi problemi trebaju adekvatnije rješavati, žele imati mir kad im je potreban i žele bolju povezanost s obiteljima.

- Vlastito kućanstvo

**Tablica 80: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje koji problemi utječu na njihovo zadovoljstvo i kvalitetu života**

Odgovori	Kod	Kategorija
<p><b>VK ŽENE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Materijalni uvjeti - velike režije</li> <li>○ Zdravstveni problemi</li> <li>○ Stanje u zdravstvu</li> <li>○ Ponekad razmirice sa djecom i unučadi</li> <li>○ Bolest bračnog partnera</li> <li>○ Postoje problemi zdravlja, posla i sigurne budućnosti za djecu koja me često umore. Više nemam slobodnih aktivnosti za sebe i supruga. Previše sam okupirana problemima svoje djece i duboko to proživljam. Često se zbog toga ne mogu opustiti mada mi suprug daje podršku u svemu</li> <li>○ Pretilost</li> <li>○ Bolest supruga, nedostatak motivacije</li> <li>○ Smanjena pokretljivost, teški poslovi</li> <li>○ Bolest kostiju</li> <li>○ Zdravstveni problemi</li> <li>○ Obiteljski gubitak (umro mi je sin prošle godine)</li> </ul> <p><b>VK MUŠKARCI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zdravstveni problemi - srčani, imam premosnicu</li> <li>○ Zdravstveni problemi</li> <li>○ Zdravstveni problemi i kronične bolesti zglobova</li> <li>○ Zdravstveni problemi najviše utječu na moje zadovoljstvo</li> <li>○ Premalo sadržaja koje bih koristio</li> <li>○ Zdravstveni problemi</li> <li>○ Male mirovine</li> <li>○ Česti prigovori i zanovijetanja od bliskih ljudi</li> <li>○ Zdravstvene tegobe</li> <li>○ Zdravstveni problemi</li> <li>○ Imam previše godina - uzročnik svih problema</li> </ul>	<p><u>Preveliki izdatak režija u kućanstvu</u></p> <p><u>Zdravstveni problemi</u></p> <p><u>Problemi u odnosima s obitelji</u></p> <p><u>Bolest partnera</u></p> <p><u>Opterećenost problemima djece</u></p> <p><u>Bolest partnera</u></p> <p><u>Zdravstveni problemi</u></p> <p><u>Obiteljski gubici</u></p> <p><u>Zdravstveni problemi</u></p> <p><u>Mali prihodi</u></p> <p><u>Zdravstveni problemi</u></p>	<p><u>Uloga društvenih struktura</u></p> <p><u>Uloga zajednice</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo zdravstvenim uslugama</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Uloga zajednice</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Uloga zajednice</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo zdravljem</u></p> <p><u>Socijalna mreža</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo zdravljem</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo mirovinama</u></p> <p><u>Nezadovoljstvo zdravljem</u></p>

Izvor: Vlastiti izvor 2019.



**Tablica 81: Prikaz analize odgovora ispitanika na pitanje što bi trebalo poduzeti za poboljšanje njihove kvalitete života**

Odgovori	Kod	Kategorija
<b>VK ŽENE</b>		
○ Da sam zdravija, da mogu bolje brinuti o sebi	<u>Više zdravlja</u>	<u>Nezadovoljstvo zdravljem</u>
○ Više vježbati i biti aktivna	<u>Više aktivnosti</u>	<u>Uloga društvenih struktura</u>
○ Veća mogućnost specijalističkih pregleda, češća fizikalna terapija, smanjiti čekanje na pretrage, mogućnost preventivnih pregleda, općenito veća briga za zdravlje	<u>Više zdravstvenih usluga</u>	<u>Uloga zajednice</u> <u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u>
○ Trebala bih se više fizički aktivirati i više okrenuti samoj sebi. Češće prisustvovati kulturnim događanjima	<u>Više druženja</u> <u>Veće mirovine</u> <u>Više kretanja</u>	<u>Socijalna mreža</u> <u>Nezadovoljstvo mirovinama</u> <u>Uloga zajednice</u>
○ Povećati mirovine, više kretanja, rasteretiti se obaveza kućnih poslova mada mi one čine zadovoljstvo jer pomažem svojoj obitelji	<u>Više zanimljivih aktivnosti</u> <u>Više druženja s ljudima</u>	<u>Socijalna mreža</u> <u>Uloga zajednice</u>
○ Više se družiti s ljudima, baviti se nečim što bi me zaokupilo, imati više novaca za svakodnevni život	<u>Više vježbanja</u> <u>Bolji javni prijevoz</u>	<u>Uloga zajednice</u>
○ Vježbati	<u>Više pomoći u obavljanju aktivnosti</u>	<u>Uloga zajednice</u>
○ Poboljšati javni prijevoz	<u>Bolje liječenje</u>	<u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u>
○ Pomoć pri težim poslovima i kontrola stanja s obzirom da sam prilično bolesna i manje pokretna	<u>Pomoć pri težim poslovima</u> <u>Veći prihodi</u>	<u>Socijalna mreža</u> <u>Nezadovoljstvo mirovinama</u>
○ Kvalitetnije liječenje		
○ Više dragih ljudi oko mene		
○ Malo više novaca	<u>Veći prihodi</u>	<u>Nezadovoljstvo mirovinama</u>
<b>VK MUŠKARCI</b>		
○ Financijska potpora	<u>Više fizičke aktivnosti</u>	
○ Malo više novaca	<u>Bolji javni prijevoz,</u> <u>zdravstvene usluge</u>	<u>Nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu</u> <u>Uloga zajednice</u> <u>Socijalna mreža</u>
○ Poboljšanje zdravlja		
○ Fizičke aktivnosti, javni prijevoz		
○ Veća mogućnost adekvatnog liječenja, mogućnost obavljanja potrebnih pregleda bez dugog naručivanja i čekanja	<u>Bolja ishrana</u> <u>Više rekreacije</u>	<u>Nezadovoljstvo ishranom i rekreacijom</u>
○ Način ishrane, bolju dijagnostiku u zdravstvu, više biti aktivan u provođenju rekreacije - šetnja, sport, plivanje		
○ Uspješno liječenje kroničnih problema	<u>Više prostora za druženje</u>	<u>Nezadovoljstvo infrastrukturom zajednice</u>
○ Više dvorana za ples i ostale kulturno zabavne aktivnosti		
○ Više kontakata sa drugima, jednom godišnje bolnička rehabilitacija, veća mirovina		<u>Nezadovoljstvo mirovinama</u>
○ Vladajuće strukture	<u>Veće mirovine</u> <u>Više kretanja</u> <u>Više fizičke aktivnosti</u>	<u>Nezadovoljstvo fizičkom aktivnosti</u>
○ Povećati mirovine		
○ Više kretanja i sporta općenito		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Problemi koje ispitanici u vlastitom kućanstvu najviše navode povezani su s materijalnim stanjem kroz navođenje pojma *male mirovine, prevelike režije u kućanstvu*; zdravstvenim problemima koje osobe navode kroz navođenje pojmova *zdravstveni problemi, bolest partnera*; obiteljskim problemima kroz pojmove *opterećenost problemima djece, obiteljski gubici*.

Život u vlastitom prostoru opterećen je izdancima za kućne troškove: starije osobe izložene su velikim materijalnim izdancima i potrebom strogog raspoređivanja vlastitih prihoda koji su niski u odnosu na njihove potrebe i troškove. Također, teškoće koje donosi bolest jednog partnera uvjetuju kontinuiranu skrb za drugog partnera što može utjecati na kvalitetu života. Nepovoljna ekonomska situacija dovodi i do potrebe skrbi za odraslu djecu u vidu rješavanja njihovih materijalnih i drugih problema što ima utjecaj na kvalitetu života starijih osoba. Prema navedenom njihova skrb za djecu nikada ne prestaje i ne ostavlja im prostor za druge aktivnosti. Duboko su opterećeni njihovim problemima i zajedno s njima ih proživljavaju.

Kroz analizu odgovora na pitanje što bi trebalo promijeniti kako bi im se poboljšala kvaliteta života, ispitanici u vlastitom kućanstvu naglašavaju povećanje mirovina, poboljšanje okoline u poticanju kvalitetnijeg javnog prijevoza i organizacije usluga rekreacije i druženja u okolini. Ispitanici žele više druženja, željeli bi dobiti pomoć u obavljanju težih kućanskih i drugih poslova i kad im je ona potrebna. U navedenim odgovorima naglašava se druženje i obavljanje aktivnosti koje doprinose boljem osjećaju zadovoljstva. Također, ispitanici spominju organizaciju više prostora za druženje kako bi potaknuli više kretanja, fizičke aktivnosti i rekreacije.

Uspoređujući iskaze problema koji im otežavaju kvalitetu života uočava se povezanost svih triju skupina u nezadovoljstvu financijskom potporom i vlastitim primanjima, zdravstvenim stanjem i uslugama u zdravstvu. Nezadovoljstvo okolinom življenja te fizičkim i psihičkim uvjetima prisutno je kod ispitanika u domu za starije osobe. Kod osoba u vlastitom kućanstvu, uz mala primanja, velike režije i nezadovoljstvo zdravljem, kao problem se navodi i neprekinuta skrb o mlađem naraštaju koji nije u mogućnosti u potpunosti skrbiti za sebe. Odgovori koji se odnose na rješavanje prikazanih problema svih triju skupina ispitanika usmjereni su na poboljšanje ili uklanjanje onih čimbenika koji im umanjuju kvalitetu života.



## 6 RASPRAVA

Rezultati istraživanja prikazali su percepciju kvalitete života u odnosu na smještaj ispitanika i korištenje usluga u zajednici. Svaka pojedina skupina analizirala se i usporedila u odnosu na samoprocjenu kvalitete života, pri tome je učinjena i usporedba triju skupina. Značajan doprinos u analizi percepcije kvalitete života dala su otvorena pitanja u kojima su ispitanici navodili svoje probleme koji imaju utjecaj na njihovu kvalitetu života te prijedloge za rješavanje istih. Kvaliteta života je multidimenzionalan konstrukt i prema brojnim istraživanjima mnogo čimbenika ima utjecaj na njenu percepciju. Objektivni i subjektivni čimbenici trebaju biti podjednako razmatrani, no smatra se da subjektivno poimanje kvalitete života često ima važniji utjecaj na ukupnu kvalitetu života od objektivnih pokazatelja kao što su bruto nacionalni dohodak, brojčani pokazatelji zaposlenosti u društvu i sl. Prema Gilleardu (1999) u mjerenju kvalitete života potrebno je promatrati pojedinačne potrebe svake osobe ispitivanjem funkcionalne sposobnosti, emocionalnog i kognitivnog stanja te socijalnog i materijalnog stanja. U skladu s navedenim, kvaliteta života pojedinca ovisi o prijašnjem vlastitom iskustvu, sadašnjem načinu života te ambiciji i očekivanjima u budućnosti. S obzirom da starost nosi različite životne promjene (odlazak u mirovinu, odlazak djece iz roditeljskog doma, gubitak određene socijalne uloge, smrt i/ili bolest supružnika, bolest, ovisnost o pomoći drugih, smanjenje materijalnih prihoda i sl.) koje zahtijevaju prilagodbu pojedinca, postavlja se pitanje kakva je kvaliteta života osoba treće životne dobi. Prema *teoriji homeostaze subjektivne kvalitete života* autora R. A. Cumminsa smatra se da se kvaliteta života održava u homeostazi. Pretpostavljeno djelovanje homeostatskog mehanizma analogno je mehanizmu održavanja krvnog tlaka ili tjelesne temperature, koji se u normalnim okolnostima zadržavaju na optimalnoj razini za funkcioniranje organizma (Cummins 2000). Uloga mehanizma homeostaze bila bi održavanje kvalitete života unutar normativnih vrijednosti usprkos promjenama u vanjskim utjecajima. Model, osim navedenog, pretpostavlja da je opći pozitivni pogled na život neophodan za normalno funkcioniranje pojedinca. Važni događaji i/ili teška stanja mogu privremeno narušiti homeostazu, no u većini slučajeva se kroz određeno vrijeme samoprocjene vraćaju na prethodnu razinu. Prema Cumminsu opažena je slaba povezanost između čovjekovog subjektivnog osjećaja zadovoljstva životom kao i vlastite procjene kvalitete života i objektivnih životnih uvjeta (Cummins 1996).

Povezanost objektivnih i subjektivnih čimbenika također nije linearna. Izražena povezanost subjektivnih i objektivnih pokazatelja vidljiva je u situacijama bijede i siromaštva, u situacijama gdje osnovne životne potrebe nisu zadovoljene. U dobrim objektivnim životnim uvjetima daljnje povećanje materijalnog bogatstva prema istraživanjima doprinosi vrlo malo ili nimalo subjektivnom osjećaju kvalitete života. Korištenje objektivnih pokazatelja (procjena socioekonomskog statusa) nije se pokazalo dovoljnim u objašnjenju kvalitete života već je nužno koristiti i subjektivnu procjenu. Objektivne mjere su normativni pokazatelji stvarnosti dok se subjektivnim mjerama ukazuje na razlike pojedinaca u opažanju i doživljavanju stvarnih uvjeta života (Vuletić i Misajon 2011). Kad se govori o institucionalnoj skrbi, Murphy se u svom istraživanju osvrće na samostalnost i autonomnost stanovnika, sposobnost starijih osoba da održavaju svoj osobni identitet i osjećaj samopoštovanja, sposobnost održavanja povezanosti, društvenih odnosa i društvene mreže unutar i izvan nje te angažiranje starijih osoba u značajnim aktivnostima kao četiri područja kvalitete života starijih osoba u dugotrajnoj skrbi. Smatra da ustanove za dugotrajnu skrb trebaju usvojiti određeni etički standard skrbi koji uključuje starije osobe kao ravnopravne partnere u vlastitoj skrbi, omogućava starijim osobama izbor, potiče samodostatnost, fokusira skrb usmjerenu na osobe i potiče življenje što sličnije njihovom životu u vlastitim domovima (Murphy idr. 2014, 15). Ovim istraživanjem prikazala se percepcija kvalitete života starijih osoba s obzirom na smještaj i korištenje različitih usluga u zajednici uzimajući u obzir sve čimbenike koji su bitni u procjeni kvalitete života. U demografskim pokazateljima različitost među skupinama uočena je u distribuciji dobi ispitanika pri čemu je u skupinama uočena statistički značajna razlika. Veći udio mlađih ispitanika (65-74 godine) zabilježen je u gerontološkim centrima (50%) i vlastitom kućanstvu (58,3%) dok je samo 10% ove mlađe dobne skupine prisutan u domu za starije osobe. U skupini od 75-84 godine (srednja dobna skupina) ispitanici se u najvećem postotku nalaze u domu za starije (55,0%), no visok je postotak (45%) i u grupi ispitanika gerontološkog centra, a 36,7% ovih ispitanika nalazi se u vlastitom kućanstvu. Najstarija dobna skupina (85+) u najvećem se postotku nalazi u domu za starije osobe. Rezultati upućuju na to da mlađe starije osobe u većem postotku ostaju u vlastitom kućanstvu s korištenjem usluga ili bez njih, a u domu za starije osobe prevladava srednja i najstarija dobna skupina starijih osoba. Činjenica je da mlađe dobne skupine, u skladu sa svojim fizičkim i psihičkim stanjem, imaju sposobnosti samostalno se brinuti za sebe i živjeti u vlastitom prostoru dok im to zdravstveno stanje dozvoljava.

U istraživanjima je također potvrđeno da čak i osobe starije od 80 godina mogu samostalno živjeti u vlastitom prostoru (Bondevik i Skogstad 1995, 325-343). Uspješno starenje podrazumijeva višedimenzionalni konstrukt koji ima objektivne i subjektivne dimenzije, ali i omogućava veće razumijevanje promjenjivih aspekata uspješnog starenja tijekom niza godina. Objektivni kriteriji, kao što su odsutnost kronične bolesti i održavanje funkcionalne sposobnosti, važne su komponente uspješnog starenja (Pruchno idr. 2010). Sposobnost obavljanja aktivnosti svakodnevnog života i opseg društvenih kontakata najveći su rizični čimbenici za slabo zadovoljstvo životom (Fagerstrom idr. 2007, 45-50).

S obzirom na činjenicu da se u Republici Hrvatskoj osobe tek nakon umirovljenja prijavljuju za smještaj u dom kako bi osigurale svoje mjesto u domu u budućnosti, očekivano je da je mlađa dobna skupina starijih osoba od 65 do 74 godine u vlastitom kućanstvu. Broj domova za starije osobe u Republici Hrvatskoj danas ne zadovoljava postojeće potrebe u populaciji. Pema najnovijim podacima prosjek čekanja na smještaj u dom za starije osobe iznosi čak deset godina. U usporedbi podataka s istraživanjem u Njemačkoj pokazuje se sličnost jer se u longitudinalnoj studiji praćenja prediktora za institucionalizaciju na više tisuća ispitanika podijeljenih na mlađu i stariju dobnu skupinu starijih pokazalo da se u dom češće smještaju starije osobe, češće žene, same ili udovice, s nižim kognitivnim statusom (Luppa idr. 2010). Također, prisutnost mlađe skupine starijih osoba u vlastitom kućanstvu nije samo činjenica koja pokazuje da navedena dobna skupina može samostalno živjeti u vlastitom prostoru dok god im to njihove mogućnosti dopuštaju, već upućuje da se skrb danas treba orijentirati na ostanak starijih osoba u poznatom okruženju uz dostupnost i pružanje potrebne pomoći i usluga. Za mlađe starije osobe identifikacija, liječenje i rehabilitacija osoba s visokim rizikom za razvoj kognitivnog ili funkcionalnog oštećenja mogu biti jedna od mogućnosti djelovanja. Za stariju skupinu starih osoba, pomoć u rješavanju problema svakodnevnog života kroz kućnu njegu u zajednici ili neformalnu skrb koja namjerava pomoći ljudima koji žive sami da ostanu u svojim domovima što je duže moguće ili podrška starijim osobama da se lakše nose s kritičnim životnim događajima u ovoj fazi života, mogle bi biti značajan oblik skrbi. Povećanje dobi također povećava rizik za brojne kronične bolesti, o čemu također treba voditi računa kad se govori o skrbi za starije u zajednici (Luppa idr. 2010). No skrb u domovima za starije osobe trebala bi biti posljednja mogućnost, onda kad ostanak u vlastitoj sredini više nije moguć, što je najčešće uvjetovano zdravstvenim stanjem osobe. Starenje u poznatom okruženju i zajednici nije mit već realna potreba starijih osoba važna i kroz praćenje ekonomskih promjena u društvu.

U više istraživanja je dokazano da je takva skrb ekonomski isplativija od skrbi u domu za starije osobe, a k tome pruža zadovoljstvo korisnicima jer ostaju u prostoru koji poznaju cijeli svoj život (Chappell idr. 2004, 1-12; Lunsford i Janes 2016; Iecovich 2014; Hui-Chuan 2010). Istraživanja su pokazala da je, čak i nakon što se uzme u obzir dob te zdravstveni i drugi čimbenici, veća vjerojatnost da će žene primati pomoć, osobito putem formalnog sustava skrbi. Različit životni vijek i životni ciklus muškaraca i žena bez sumnje je jedan od čimbenika koji imaju ulogu u tome. Loše zdravlje glavni je razlog traženja skrbi. Naravno, povećanje dobi također ima snažan utjecaj na skrb o starijim osobama. Veličina društvene mreže važna je za primanje formalne i neformalne skrbi (Daanesh idr. 2012, 502-512). Istraživanje u dva grada u Kanadi koje je proučavalo skrb u kući i skrb u domu za starije osobe, otkrilo je da skrb u kući donosi manje troškova od skrbi u domu, s time da usluge moraju biti prilagođene različitim potrebama starijih osoba kako bi što duže ostale u vlastitom domu (Chappell idr. 2004, 1-12). Potrebe starijih osoba orijentirane su na individualnost i dnevnu rutinu, a brine ih gubitak neovisnosti. Starije osobe žele zadržati neovisnost uz dobivanje lokalne podrške i žele aktivno sudjelovati u odlučivanju o svojim potrebama u zajednici (Grebenc 2014, 153-156). Cilj je da uz potporu i usluge u zajednici, izbor doma za starije osobe bude rijetka alternativa (Kane 2012, 6-13; Wiles 2005, 100-108). Osnaživanje ljudi da se prilagode i napreduju u budućnosti zahtijeva zajednički napor na dvije razine: pomoć društvu da se prilagodi velikom povećanju starije populacije i osnaživanje samih pojedinaca. Potrebno je iskoristiti mudrost, iskustvo, interese i doprinos koji ljudi 60+ donose u društveni kapital nacije (Rand 2013). Istovremeno, aktivne i zdrave starije osobe doprinose dobrobiti zajednice kroz svoje akumulirano životno iskustvo, stručnost i uslugu. Odnos između cjeloživotnog učenja i dobrobiti zajednice tumači se iz perspektive socijalnog kapitala. Ovaj okvir tvrdi da formalne i neformalne aktivnosti učenja starijih odraslih promoviraju aktivan i angažiran stil života koji pomaže u stvaranju i očuvanju zajednice (Sharan i Kee 2014).

U rezultatima istraživanja u usporedbi obrazovanja ispitanika u skupinama nije se pokazala statistički značajna razlika iako je vidljivo da je najveći postotak visokoobrazovanih osoba među korisnicima gerontološkog centra i u vlastitom kućanstvu, a najmanje u domu za starije osobe. Prema jednom ranijem istraživanju obrazovanije starije osobe dobivaju više formalne skrbi (Daanesh idr. 2012, 502-512). U ovom provedenom istraživanju kod analize bračnog statusa ispitanika vidljive su statistički značajne razlike između skupina pri čemu je zabilježen značajno veći udio ispitanika u bračnoj zajednici koji žive u vlastitim domovima.

Pri tome je također vidljivo da su u visokim postotcima ispitanici gerontološkog centra i doma udovci/udovice. Različit životni vijek i životni ciklus muškaraca i žena bez sumnje je jedan od čimbenika koji imaju ulogu u postojanju društvenih mreža i traženju novih društvenih mreža, primanju formalne ili neformalne pomoći i postizanju zadovoljstva i kvalitete života. Pri tome zajednica ima veliku ulogu u prevenciji socijalne izolacije i pomaže ljudima održati povezanost (Rand 2013). Prema istraživanjima veličina, kvaliteta i blizina društvenih mreža ljudi nedvojbeno određuju odlučuju li se starije osobe za formalnu skrb koju pružaju stručnjaci, oslanjaju li se na neformalnu skrb koju pružaju obitelj i prijatelji ili uopće ne primaju nikakvu skrb. Primanje različitih oblika skrbi djelomično ovisi o broju članova obitelji i prijatelja same starije osobe, bez obzira na to žive li oni blizu i kakve odnose imaju (Daanesh idr. 2012, 502–512). Osobe koje žive u zajednici imaju tendenciju relativno dobrog zdravlja te dobar funkcionalni kapacitet i senzorno-motorni sustav. Ovi uvjeti su povoljni za postizanje dobre kvalitete života (Sarvimaki 2000, 1025-1033). U istraživanju u Švedskoj 2004. godine u usporedbi kvalitete života i čimbenika koji predviđaju kvalitetu života kod ljudi u dobi od 75 i više godina koji primaju pomoć u aktivnostima svakodnevnog života iz formalnog i/ili neformalnog oblika skrbi u svojem kućanstvu ili prilagođenom smještaju rezultati su upućivali na to da je u većoj starosti, kod žena, kod udovica/udovaca, pronađen veći broj zdravstvenih pritužbi, odnosno onih koji trebaju dodatnu pomoć te niža kvaliteta života među onima koji primaju pomoć u posebnom smještaju u usporedbi s onima koji su primali pomoć u kući. Istraživanje je pokazalo da na kvalitetu života nije utjecala vrsta pomoći, odnosno formalni ili neformalni oblik pomoći, već opseg pomoći. Također, društvena mreža ima utjecaj na kvalitetu života. Studija je ujedno pokazala vrlo nisku kvalitetu života starijih osoba koje primaju pomoć u odnosu na starije osobe u istoj dobnoj skupini koje ne primaju pomoć. Društvena mreža sprječava nisku kvalitetu života i toga profesionalni pomagači trebaju biti svjesni, a posebno u suradnji s rodbinom, s obzirom na planiranje i pružanje skrbi (Hellstrom idr. 2004, 504-551). U procjeni obrazovanja i percepcije kvalitete života nije bilo statistički značajne razlike. S druge strane, dobiveni rezultati istraživanja u Portugalu ukazali su na skupinu osoba s niskim stupnjem školovanja i posjedovanja smanjenog dohotka, što čini se da utječe na procjenu kvalitete života, ali ne i na zadovoljstvo životom. Dob nije bila povezana sa zadovoljstvom životom, čak i ako je jasno povezana s percepcijom kvalitete života (Fonseca i Martin 2008, 87-102).

U dobivenim rezultatima veći je postotak oženjenih/udatih koji su u vlastitom kućanstvu i ne potražuju usluge u zajednici jer u svojoj bračnoj zajednici pružaju dovoljnu potporu jedno drugome. S druge strane najveći broj ispitanika udovaca je u skupini gerontoloških centara i doma za starije osobe. Skupina u gerontološkim centrima, koristeći dostupne usluge u zajednici, obnavlja i aktivno potiče razvijanje novih socijalnih mreža koje potiču zadovoljstvo, a time i kvalitetu života. Istraživanja sugeriraju da se aktivnije, zdravije i obrazovanije starije osobe manje oslanjaju na pomoć obitelji i na resurse i usluge u zajednici (Sharan i Kee 2014, 128–144). Istovremeno, aktivne i zdrave starije osobe doprinose dobrobiti zajednice kroz svoje akumulirano životno iskustvo, stručnost i uslugu. Dobrobit zajednice, pa tako i njenih članova, tumači se iz perspektive socijalnog kapitala. Formalne i neformalne aktivnosti učenja starijih odraslih promoviraju aktivan i angažiran stil života koji pomaže stvaranju i očuvanju zajednice (Sharan i Kee 2014, 128–144).

Bračni status ispitanika može se povezati i s dobivenim odgovorima na pitanje o zadovoljstvu seksualnim životom, gdje je najzadovoljnija upravo ona skupina koja živi u bračnoj zajednici u vlastitom kućanstvu. Zdravlje i seksualnost su dva povezana pojma s međusobnim djelovanjem i imaju utjecaj na zadovoljstvo i kvalitetu života (Lončar i Lončar 2017, 259). Kod pitanja s kime osobe žive unutar skupina pokazala se statistički značajna razlika. Najveći broj ispitanika u vlastitom kućanstvu živi s bračnim partnerom (68,3%), 80% osoba u domu za starije osobe su udovci/udovice, a 63,3% ispitanika iz gerontoloških centara žive sami. Navedeni rezultati povezuju se s prethodno opisanim bračnim statusom ispitanika. U prethodnim istraživanjima pokazano je da djelovanje obitelji, socijalna podrška i socijalni rizik utječu na kvalitetu života starijih osoba u vlastitom kućanstvu (Fonseca Santos idr. 2013, 37).

Iz navedenih podataka vidljivo je da osobe u vlastitom kućanstvu uz bračnog partnera zadovoljavaju svoje socijalne potrebe kroz odnose s bračnim partnerom ne uključujući se u aktivnosti u okolini. S druge strane navode kao potrebu organizaciju prostora za druženje u okolini iako nije u potpunosti izraženo da bi ih redovito koristili. Bračna zajednica obuhvaća određeni način življenja i rituale koji postaju uhodani kroz dugi niz godina. Prema tome, bračni partneri u vlastitom kućanstvu vjerojatnije su zadovoljni svojim postojećim odnosima i funkcioniranjem u zajednici. Čak 63,3% ispitanika u gerontološkom centru žive sami, što daje naslutiti da se korištenje usluga gerontološkog centra provodi prije svega u razvijanju nove socijalne mreže čime se potiče zadovoljstvo i kvaliteta života.

Osobe koje žive u domu za starije osobe u najvećem su postotku udovci/udovice i najstarija dobna skupina koja je zbog fizičkog i psihičkog stanja u nemogućnosti živjeti samostalno u vlastitom prostoru.

Osim što žive sami ili s bračnim partnerom, više od 90% ispitanih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu žive u vlastitom prostoru. Posjedovanje vlastitog prostora važan je čimbenik koji utječe na kvalitetu života ispitanika dajući im sigurnost jer ga u slučaju potrebe mogu unovčiti. U inozemstvu postoje istraživanja o tome je li u starijoj dobi bolje imati vlastiti prostor, odnosno je li vlasništvo nad stambenim prostorom ključno za doživljaj kvalitete života. Prema jednom istraživanju kod starijih osoba vlasništvo potiče sigurnost, posjedovanje nekretnine omogućava financijsku sigurnost i predstavlja mogućnost za rješavanje financijskih poteškoća ukoliko se one pojave (Toussaint 2011). Promatrajući današnje ekonomske prilike u društvu može se doći do zaključka da posjedovanje nekretnine može olakšati materijalno stanje starijih osoba ukoliko nekretninu iskoriste kao hipotekarni zalog ili prodajom nekretnine steknu određenu novčanu sigurnost. S druge strane treba naglasiti da je u Republici Hrvatskoj prije desetak godina bio izražen trend da su se bračni parovi javljali za skrb o starijoj osobi bez obitelji, s tim da su u zalog nakon završene skrbi dobivali njenu nekretninu. Slijedom raznih nepovoljnih događanja prikazanih u medijima i starijih osoba koje su izigrale osobe koje su se trebale skrbiti o njima, razvilo se veliko nepovjerenje starijih osoba prema mogućim neformalnim i formalnim skrbnicima.

U promatranju materijalnog stanja ispitanika nije uočena statistički značajna razlika. Sve tri skupine svoje materijalno stanje ocjenjuju prosječnim u najvećem postotku. Ispitanici u sve tri skupine također u sličnim postotcima procjenjuju materijalno stanje kao iznadprosječno i ispodprosječno. Mjesečni prihod svi ispitanici ocjenjuju prosječnim što odgovara prethodno navedenim ocjenama materijalnog stanja. Najniži postotak vrlo visokog mjesečnog prihoda (>5600 HRK) ima skupina iz gerontološkog centra (3,3%) u odnosu na druge dvije skupine. Studija provedena u Hrvatskoj 2011. godine u ispitivanju što čini osobnu kvalitetu života u gradskim područjima pokazala je da je na prvom mjestu zdravlje, slijedi obitelj, zatim financijsko i materijalno stanje te društveni život (Vuletić i Ivanković 2011, 32-39). To ukazuje da financijsko i materijalno stanje ima djelomičan utjecaj na zadovoljstvo i kvalitetu života. Drugo istraživanje pokazalo je da su odrednice loše kvalitete života prikazane kod starijih osoba koje žive same, s lošim prihodima, prisutnošću kroničnih bolesti i lošeg zdravlja (Rathnayake i Siop 2015, 141).

Financijsko sagledavanje pokazuje vjerojatnost da će oni s višim primanjima češće dobivati kombiniranu skrb, što kao posljedicu dovodi do isključivanja siromašnijih starijih osoba. Isto tako, osobe s malom mrežom neformalne skrbi više se uključuju u formalnu skrb (Hlebec idr. 2016, 159-179).

U većoj starosti, kod žena, kod udovica/udovaca, u jednom je istraživanju pronađen veći broj zdravstvenih pritužbi, odnosno više onih koji trebaju dodatnu pomoć te niža kvaliteta života među onima koji primaju pomoć u posebnom smještaju u usporedbi s onima koji primaju pomoć u kući. Istraživanje je pokazalo da na kvalitetu života nije utjecala vrsta pomoći već njen opseg. Također i društvena mreža ima utjecaj na kvalitetu života (Hellstrom idr. 2004, 504–551).

Kod ocjene zdravstvenog stanja uočena je statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine. Pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode zadovoljavajuće u gerontološkim centrima (51,7%). Općenito, promatrani ispitanici u najvećem postotku ocjenjuju zdravstveno stanje zadovoljavajućim, što je samo jedna ocjena više od loše procjene. Zdravlje većina istraživanja opisuje kao važan čimbenik o kojem starije osobe razmišljaju, što se i prema drugim istraživanjima pokazalo kao vrlo važan segment koji utječe na kvalitetu života (Muramatsu idr. 2002; Despot Lučanin idr. 2005; Fagerstrom idr. 2007; Hui-Chuan i Tung 2010). U jednom od istraživanja većina je vrlo nezadovoljna svojim zdravljem; 58% je vrlo nezadovoljno ili nezadovoljno (Fonseca i Martin 2008, 87-102).

Zdravstvena kvaliteta života kod starijih osoba također se povezuje s razinom fizičke aktivnosti i sposobnosti. Najaktivnije i u formi starije odrasle osobe imaju približno dvostruko veću šansu da postignu veće rezultate u domeni fizičkog funkcioniranja (Wanderley idr. 2011). Prema dobivenim rezultatima ovog istraživanja zdravlje je jedan od glavnih čimbenika s kojim su ispitanici manje zadovoljni, a u kvalitativnoj analizi u sve tri skupine najčešće se spominju zdravstveni problemi i zdravstvene usluge koje su im prema njihovom mišljenju važne kako bi održali određeni nivo zdravlja i funkcioniranja. Zdravlje je prema prethodnim istraživanjima jedan od važnih čimbenika koji utječu na zadovoljstvo i kvalitetu života. Loše zdravstveno stanje, odnosno loše fizičko zdravlje ima utjecaj i na psihičko zdravlje, a sveukupno utječe na kvalitetu života. Pokretnost/samostalnost ispitanici ovog istraživanja u najvećem postotku (>40%) ocjenjuju dobrom, zatim zadovoljavajućom. Ovi dobiveni rezultati ukazuju da je potrebno održavati fizičku aktivnost primjerenu dobi kako bi osobe postigle i održale kvalitetu života.



Održavanjem i poticanjem aktivnosti koje poboljšavaju zdravlje ispitanika može se utjecati na zadovoljstvo i kvalitetu života. S druge strane, fizičko zdravlje doprinijet će i održanju psihičkog zdravlja, što se pokazuje u prethodnim istraživanjima. Osobe koje žive u zajednici imaju tendenciju relativno dobrog zdravlja, dobar funkcionalni kapacitet i senzorno-motorni sustav te imaju povoljne uvjete za postizanje dobre kvalitete života (Sarvimaki 2000, 1025-1033). S obzirom da su starije osobe u gerontološkim centrima i u vlastitom kućanstvu funkcionalno sposobne samostalno živjeti i obavljati svakodnevne životne aktivnosti, navedeno može povećavati zadovoljstvo i kvalitetu života. Najviše je izraženo nezadovoljstvo uslugama u zdravstvu i dugim čekanjem na specijalističke preglede što može dugoročno utjecati na njihovo zdravstveno stanje i mobilnost. Prema istraživanjima fizičko zdravlje povezuje se i sa psihičkim (Sarvimaki 2000, 1025-1033), no prikazani rezultati ocjene psihičkog funkcioniranja osoba smještenih u instituciju dobivenih ovim istraživanjem trebaju se dodatno istražiti kako bi se ustanovio uzrok njihovog slabijeg psihičkog funkcioniranja.

U nastavku je interpretirana analiza pitanja WHOOL-BREF upitnika kao i usporedba sa sličnim provedenim istraživanjima u Europi i svijetu. Učinjena je pojedinačna analiza po pitanjima da bi se uočilo postoje li statistički značajne razlike u promatranim skupinama. Nastavak analize obuhvatio je analizu četiriju domena prema uputi za analizu Svjetske zdravstvene organizacije.

Kod pitanja *Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života?* i *promatranih skupina* nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli. Više od polovine ispitanika ocjenjuje kvalitetu svoga života dobrom, slijedi odabir ni dobro ni loše. Dobiveni rezultati pokazuju sličnosti s istraživanjem provedenim u Indiji 2017. godine koje je pokazalo da je ukupna kvaliteta života dobra i izvrsna (Shah idr. 2017). Najčešća percepcija aktivnog starenja koje se danas zagovara kao moderan trend u skrbi o starijim osobama u jednom istraživanju bila je održavanje fizičkog zdravlja i funkcioniranja (43%), slobodno vrijeme i društvene aktivnosti (34%), što ukazuje da je briga o zdravlju i aktivnostima u starijoj dobi vrlo važna. To se pokazalo i u rezultatima ovog istraživanja, gdje su u prikazu problema koji uteču na kvalitetu života, odmah iza materijalne situacije navedeni zdravstveni problemi i usluge u zdravstvu. Prema istraživanju u Finskoj 2000. godine kvaliteta života pokazala se općenito dobrom. Ispitanici su bili uglavnom zadovoljni svojim dnevnim življenjem, ekonomskom situacijom i zdravljem. Nije bilo razlike kod ispitanika u odnosu na dob, spol i bračni status.

U odnosu na subjektivne i objektivne čimbenike odnosno uvjete, subjektivni čimbenici imali su značajnu korelaciju s varijablama kvalitete života (Sarvimaki 2000, 1025-1033). Prema istraživanju u Irskoj treba promatrati četiri široka područja kvalitete života u dugotrajnoj skrbi koja su važna za uspostavu dobre kvalitete života: samostalnost i autonomnost, sposobnost starijih osoba da održavaju svoj osobni identitet i osjećaj samopoštovanja, sposobnost održavanja povezanosti, društvenih odnosa i društvene mreže unutar i izvan nje te angažiranje starijih osoba u značajnim aktivnostima (Murphy idr. 2014, 15). Prema jednom istraživanju sposobnost obavljanja aktivnosti svakodnevnog života i opseg društvenih kontakata najveći su rizični čimbenik za slabo zadovoljstvo životom u europskim zemaljama. Važnost zadovoljavajućih društvenih kontakata, financijskih resursa, samopoštovanja i osjećaja ometenih zdravstvenim problemima čini se univerzalnim, te je potrebno raditi na preventivnim aktivnostima (Fagerstrom idr. 2007, 45-50). Ispitanici u sve tri skupine pokazuju da ih fizičko stanje umjereno i malo sprječava da rade ono što moraju što ukazuje na to da je i potražnja za određenom pomoći, bilo da se radi o formalnoj ili neformalnoj skrbi, niska. To potvrđuju i odgovori na pitanje o korištenju svakodnevne medicinske pomoći, za koju je većina odgovorila da je ne treba. Iz dobivenih rezultata uočava se da čak ni ispitanici u domu koji su i najstarija dobna skupina ne potražuju svakodnevnu medicinsku pomoć. Važno je naglasiti da bi kao krajnji ishod smještaja u instituciju prema novim trendovima skrbi o starijim osobama trebala biti nemogućnost samostalne skrbi i teže zdravstveno stanje. Ispitanici u sve tri skupine ne ocjenjuju svoje zdravstveno stanje takvim da bi potraživali svakodnevnu medicinsku skrb. To upućuje na zaključak da bi vjerojatno, uz pružanje odgovarajuće potrebne skrbi, veći dio ispitanika i dalje boravio u vlastitom prostoru. Prethodne su studije, prema autorima, više puta pokazale da su karakteristike potreba (ograničenja dnevnih aktivnosti) glavna odrednica dugotrajne skrbi (Muramatsu idr. 2002, 107-124). Isto istraživanje također je pokazalo da veća razina državnih izdataka za usluge u zajednici povećava vjerojatnost korištenja bilo koje neformalne pomoći. Korištenje određene pomoći kako bi se nadoknadila funkcionalna ograničenja glavna je odrednica mogu li starije osobe ostati u zajednici dok razvijaju funkcionalna ograničenja (Muramatsu idr. 2002, 107-124). Prethodna istraživanja također pokazuju da je djelovanje unutarnjih resursa veće od vanjskih resursa u prilagodbi i psihološkoj dobrobiti starijih osoba. Unutarnji resursi kao što su pozitivno suočavanje i samoupravljanje uz korištenje vanjskih resursa djeluju na pozitivnu prilagodbu starijih osoba (Hui-Chuan i Tung 2010, 851–860).

Na pitanje koliko uživaju u životu najveći postotak ispitanika odgovorio je *umjereno* i *većinom*. Najveći postotak zbroja odgovora *većinom* i *potpuno* je kod ispitanika iz gerontološkog centra (63,3%), dok u domu za starije osobe postotak zbroja odgovora *većinom* i *potpuno* iznosi 46,7%, a kod ispitanika u vlastitom kućanstvu iznosi 50%. Navedeni podatci upućuju na to da najviše uživaju osobe koje žive u vlastitom prostoru i koriste usluge u zajednici, što bi u budućnosti trebao biti orijentacijski cilj skrbi o starijim osobama. Iako prema odgovorima ne uživaju *potpuno* u velikom postotku, ipak većina ispitanika u potpunosti smatra da njihov život ima smisla. Nešto manji postotak koji je izražen u odgovorima o smislu života ispitanika u domu za starije osobe i ispitanika u vlastitom kućanstvu bez korištenja usluga u odnosu na ispitanike gerontološkog centra upućuje na nezadovoljstvo i probleme koji su kasnije zabilježeni u odgovorima na postavljena otvorena pitanja na kraju anketnog upitnika. Između samih ispitanika nije uočena statistički značajna razlika. Uočava se pozitivan stav i razmišljanje ispitanika u analizi odgovora na pitanju smatraju li da njihov život ima smisla: sve tri skupine ispitanika u najvećem su postotku odgovorile *potpuno* i *većinom*. U odgovorima nije bilo statistički značajne razlike između skupina. Slični odgovori pokazali su se i u samoprocjeni koncentracije gdje su sve tri skupine odgovorile da se većinom mogu koncentrirati.

Socijalna podrška segment je koji procjenjuje komunikacijsku povezanost, voljenost, skrb, poštivanje. Ukoliko osobe imaju dovoljno socijalne podrške osjećaju se voljenima, ostvaruju dobru komunikaciju i osjećaju svrsishodnost što povećava osjećaj zadovoljstva te time utječe i na kvalitetu života. Dobiveni rezultati ovog istraživanja pokazali su sličnost s istraživanjima iz 2013. i 2014. godine u Brazilu i Indiji gdje se pokazalo da su osobe u neinstitucijskoj skrbi ocjenjivale razinu socijalne podrške većom nego osobe smještene u institucije. Razlog visoke socijalne podrške kod neinstitucionaliziranih osoba autori su povezali s bračnim statusom, nastavkom posla nakon umirovljenja te uključenjem u razne društvene klubove. Socijalna podrška osobe prikazuje kako socijalna okolina ili podrška značajnih drugih osoba može imati utjecaj na pojedinčevu dobrobit. Subjektivna podrška može utjecati na zdravlje i blagostanje pojedinca, a pokazalo se da utječe na kvalitetu života starijih osoba smještenih u institucije. Podatci su također potvrdili utjecaj instrumentalnih aktivnosti svakodnevnog života u svim područjima kvalitete života osim spavanja za obje skupine ispitanika. Djelovanje obitelji, socijalna podrška i socijalni rizik utjecali su na kvalitetu života starijih osoba u vlastitom prostoru (Fonseca Santos idr. 2013, 37-48; Jaswal i Singh 2014, 372-384).

Prema jednom istraživanju društvene karakteristike kao što su obrazovanje, bračni status i spol igraju ulogu u percepciji kvalitete života. U istom istraživanju procjena kvalitete života u četiri je različite domene bila znatno bolja kod muškaraca u odnosu na žene. Fizičke, ekološke i psihološke domene bile su bolje kod obrazovanih osoba i onih koji žive sa supružnikom (Shah idr. 2017). U dobivenim rezultatima ovog istraživanja nije bilo razlike u spolu u procjeni kvalitete života. U procjeni sigurnosti, iako među skupinama nije uočena statistički značajna razlika, uočene su određene razlike. Potpuno sigurno najviše se osjećaju ispitanici gerontološkog centra, najmanje se u potpunosti sigurnima osjećaju ispitanici u domu za starije osobe, što začuđuje s obzirom da je u domu za starije osobama dostupna potpuna skrb. Većinom sigurno osjećaju se u najvišem postotku ispitanici u domovima i ispitanici u vlastitom kućanstvu, a najmanje u gerontološkim centrima. Promatraju li se ocjene *potpuno* i *većinom* u sumi njihovih postotaka, najmanju sigurnost osjećaju osobe smještene u dom za starije osobe (61,7%) što se razlikuje od pilot istraživanja provedenog 2015. godine gdje su se ispitanici u domu za starije osjećali najsigurnije u odnosu na osobe koje žive u vlastitom kućanstvu (Živoder 2015). U sumi postotaka ocjena *većinom* i *potpuno* u procjeni sigurnosti visok postotak pokazale su osobe u gerontološkim centrima (76,6%) i vlastitom kućanstvu (75,0%). Što utječe na osjećaj sigurnosti starijih osoba i zašto su dobiveni rezultati pokazali najniže vrijednosti kod starijih osoba u instituciji u odnosu na druge dvije skupine, pitanje je koje zahtijeva daljnja istraživanja. Ispitanici u domu u kvalitativnoj su analizi u navođenju vlastitih problema naveli prostor i okolinu pa to može ukazivati na djelomičan razlog za ovakve rezultate. Loše dizajnirana okruženja ili ona bez učinkovite prilagodbe stvaraju negativan utjecaj na sigurnost i kvalitetu života svojih korisnika. U tom kontekstu razumijevanje kako ljudi osjećaju prostor temelj je za odnos osoba-okoliš i njegove posljedice (Paiva idr. 2015). Jedno istraživanje također je pokazalo da su se osobe u zajednici osjećale manje sigurnima u vlastitom prostoru i vjerovala su da će im u instituciji pravovremeno biti pružena pomoć (Rioux 2010). Stariji ljudi boje se različitih događanja u starosti kao što su nemoć, bolest, padovi, strahuju da se neće moći brinuti za sebe, da neće moći obavljati svakodnevne životne aktivnosti kao što su kupovina, plaćanje računa, čišćenje i sl. Instituciju u tom slučaju smatraju prikladnom sredinom za nastavak svog življenja (Rioux 2010). Isto tako, ispitanici u domu bi se prema svim konceptima postojeće institucijske skrbi trebali osjećati sigurno jer se nalaze u okruženju u kojem im je dostupna sva moguća pomoć u različitim oblicima. No kroz kvalitativnu analizu dobivaju se odgovori koji upućuju na lošu komunikaciju osoblja, loše odnose sa stručnim službama, loše međuljudske odnose i sl.

Navedeno upućuje na određenu disperziju mišljenja i stavova starijih osoba povezanih sa subjektivnim doživljajem situacije u domu za starije osobe. To bi značilo da bi u samim institucijama trebalo raditi na jačanju komunikacijske povezanosti unutar skupina starijih osoba i komunikaciji starijih osoba sa stručnim službama. Također, u odgovoru na pitanje smatraju li svoju okolinu zdravom između skupina ispitanika nema statistički značajnih razlika, a okolinu smatraju u najvećem postotku *umjereno* i *većinom* zdravom. S jedne strane osobe u domu osjećaju se najmanje sigurno, s druge strane okolinu u najvećem postotku smatraju zdravom. Na kraju u odgovorima na otvorena pitanja u skupini ispitanika doma za starije osobe ima izraženih negativnih emocija u međuljudskim odnosima kao i razumijevanju sa stručnim službama što bi prema tome moglo smanjiti osjećaj zdrave okoline.

Na pitanje imaju li dovoljno energije za svakodnevni život ispitanici u najvećem postotku odgovaraju *umjereno*, zatim slijedi odgovor *većinom*. S obzirom da su svoje zdravstveno stanje ocijenili nižim ocjenama, a u kvalitativnoj analizi također su zdravstveni problemi najveća okosnica njihovog nezadovoljstva, rezultati odgovora na ovo pitanje ne začuđuju. U procjeni svojih sposobnosti za svakodnevni rad prema dobivenim rezultatima najzadovoljniji su korisnici gerontoloških centara (63,3%), slijedi skupina ispitanika u vlastitom kućanstvu (46,7%) te skupina doma za starije osobe (45,0%).

U najvećem postotku ispitanici u potpunosti i većinom prihvaćaju svoj fizički izgled i nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli. To ukazuje da su prihvatili fiziološke promjene koje se događaju starenjem i da mogu živjeti s tim promjenama. Samoprihvatanje djeluje na psihičko zdravlje, samopoštovanje i odnos s drugima. Činjenica je da ispitanici nisu opterećeni svojim fizičkim izgledom, već fizičkim problemima koji ih ometaju u svakodnevnom funkcioniranju i zdravlju, što posljedično utječe na zadovoljstvo i kvalitetu života. Unutarnji resursi koji imaju utjecaj na psihičko zdravlje zajedno sa korištenjem vanjskih resursa u pozitivnoj prilagodbi mogu utjecati na kvalitetu života starijih osoba (Hui-Chuan i Tung 2010, 851-860).

U odgovorima na pitanje imaju li dovoljno novaca za svoje potrebe, ispitanici u svim skupinama jednakomjerno raspršeno odgovaraju *potpuno*, *većinom*, *umjereno*, *malo*, a unutar promatranih skupina nema statistički značajne razlike. Iz dobivenih odgovora vidljivo je da se svi ispitanici, u odnosu na materijalno stanje i mirovine, prilagođavaju uvjetima u kojima žive. S obzirom na prosječne mirovine u Republici Hrvatskoj vidljivo je da je populacija starijih osoba na granici siromaštva i često nije u mogućnosti ostvariti svoje egzistencijalne potrebe.

Politolozi i sociolozi danas komentiraju pad, odnosno nepostojanje pravednog društva u kojem se oni koji su dali svoj obol u životnom i radnom vijeku sada bore s vlastitom egzistencijom. Nedavno je u medijima upotrijebljen i naziv „kontejnerska generacija“ misleći pri tome na umirovljenike posljednjeg desetljeća koji skupljaju plastičnu ambalažu za naknadu kako bi time povećali svoj budžet. Ispitanici obuhvaćeni ovim istraživanjem također se prilagođavaju svojim mogućnostima, a nedostatak novca nadomještaju u najviše slučajeva socijalnom pomoći ili, ukoliko je moguće, od djece. S druge strane nezaposlenost mladih ljudi dovodi do toga da starije osobe sa svojim ionako skromnim prihodima pomažu i svojoj djeci, što je vidljivo iz analize na otvorena pitanja o problemima koje navode ispitanici u vlastitom kućanstvu. Navedena situacija ih opterećuje jer zbog događanja u društvu i nesigurnosti za egzistenciju svoje djece još uvijek ne mogu mirno uživati svoju starost.

Dostupnošću informacija potrebnih za svakodnevni život ispitanici su većinom i u potpunosti zadovoljni, iako se u analizi otvorenih pitanja može uočiti da kod ispitanika u vlastitom kućanstvu i gerontološkim centrima postoji nezadovoljstvo distribucijom informacija. Distribucija informacija ipak se pokazuje nedostatnom ako se promatra vrijeme uključivanja starijih osoba u korištenje usluga gerontološkog centra. Najveći postotak ispitanika gerontološkog centra uključio se u aktivnosti nekoliko godina nakon umirovljenja. Trebao bi biti trend neposredno nakon umirovljenja ostati aktivan kako bi se potaknula kvaliteta života osoba nakon umirovljenja. Različiti mediji još uvijek nisu u velikom zamahu distribucije informacija iako statistika porasta starijih osoba u društvu jasno pokazuje smjer kretanja društvene strukture. U usporedbi triju skupina u distribuciji i dostupnosti informacija nije bilo statistički značajne razlike.

U razini signifikantnosti kod pitanja *Koliko mogućnosti imate za slobodne aktivnosti?* uočava se statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine, pri čemu je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode potpuno u gerontološkim centrima (43,3%). Iako su i osobe u domu za starije u nešto manjem postotku s *potpuno* ocijenile svoje mogućnosti slobodnih aktivnosti (38,3%), ispitanici u vlastitom kućanstvu najveću su ocjenu *potpuno* dali u najmanjem postotku (15%). Dobiveni odgovori upućuju na to da bi bilo uputno u budućnosti analizirati razlog manjeg korištenja slobodnih aktivnosti u domu za starije osobe. Ispitanicima u domu za starije osobe različite usluge i aktivnosti svakodnevno su dostupne te je nejasno zašto ih ne iskorištavaju u potpunosti. Navedeni ispitanici spominju da imaju mogućnost korištenja slobodnih aktivnosti, ali ih, iz razloga koje ne mogu objasniti, ne koriste u potpunosti.

Svojom sposobnošću za svakodnevne aktivnosti ispitanici su zadovoljni i vrlo zadovoljni te nema razlika među skupinama. U samom prikupljanju podataka bilo je vidljivo da se grupe slobodnih aktivnosti dijele na grupe za osobe u domu i gerontološkom centru i da se skupine najčešće ne miješaju. U nekim aktivnostima ispitanici su bili povezani, najviše na kreativnim radionicama.

U zadovoljstvu samim sobom uočena je statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine, a pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode *vrlo zadovoljan* u gerontološkim centrima (30,0%). Samoprihvatanje je važan čimbenik dobrobiti starijih osoba što je pokazala studija u Španjolskoj 2012. godine. Imati osjećaj svrhe u životu jedna je od važnih domena kvalitete života. Osjećaj svrhe potiče i zadovoljstvo samim sobom čime se subjektivna kvaliteta života povećava. Potrebno je aktivno održavati društvene mreže i interakciju starijih osoba radi promicanja mentalnog zdravlja i sprječavanja bolesti. Starije osobe koje se suočavaju s niskom razinom socijalnog kapitala imaju veću vjerojatnost problema mentalnog zdravlja, stoga treba osnažiti društveno umrežavanje i održavati bogat društveni život (Forsman 2012).

Ispitanici u domu za starije osobe prema dobivenim rezultatima najmanje su vrlo zadovoljni sami sa sobom (11,7%) dok su osobe u vlastitom kućanstvu 18,3% vrlo zadovoljne. Treba naglasiti da su u rezultatima ocjenu *niti zadovoljan niti nezadovoljan* u najvećem postotku dale osobe u domu za starije (30,0%). Navedeno se može povezati s prethodnim odgovorima na pitanje o uživanju i smislenosti u životu gdje je skupina ispitanika doma za starije osobe na posljednjem mjestu prema svojim procjenama.

U procjeni statističke značajnosti kod pitanja *Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?* uočena je statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine (ispitanici u gerontološkim centrima, ispitanici u domovima, ispitanici u vlastitim domovima). Pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode potpuno u gerontološkim centrima (23,3%). U najvećem postotku ocjenu *umjereno* navode ispitanici u domu za starije osobe (51,7%), što se može povezati i s dobi ispitanika jer je najstarija dobna skupina smještena u instituciji, i dob može utjecati na osjećaj energije za svakodnevni život. U sumi rezultata odgovora *većinom* i *potpuno* najveći postotak ima skupina korisnika gerontoloških centara (66,6%), zatim ispitanici u vlastitom kućanstvu (63,3%) i na kraju osobe u instituciji (41,7%).

U razini signifikantnosti kod pitanja o zadovoljstvu seksualnim životom može se uočiti statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na navedene skupine, pri tome je zabilježen značajno veći udio ispitanika koji navode vrlo nezadovoljan u gerontološkim centrima (25,0%). Prema dobivenim vrijednostima po skupinama najzadovoljniji su ispitanici u vlastitom kućanstvu, što se može povezati s bračnim statusom ispitanika jer je najveći broj oženjenih ili s partnerom upravo iz navedene skupine, što olakšava održavanje seksualnih odnosa u starijoj dobi. U ostalim dvjema skupinama veći postotak ispitanika su udovice/udovci ili samci, što ukazuje na otežano uspostavljanje dubljih socijalnih odnosa koji bi doveli i do seksualne aktivnosti. S druge strane u starijoj dobi u slučaju udovištva ili ako su starije osobe same, čak i ne razmišljaju o seksualnosti kao o jednoj od ljudskih potreba. Pri anketiranju ispitanika najveća nelagoda i nedoumica koji odgovor zaokružiti pokazala se upravo na pitanju o seksualnom životu. Uočava se da postoje određene predrasude, čak i kod starijih osoba kad se govori o navedenoj temi u njihovoj dobi. Prihvatanje starosti i seksualnosti dva su problema s kojima se starije osobe najčešće susreću kroz starenje (Lončar i Lončar 2017, 255). Prema literaturi, kada se govori o seksualnosti u starijoj dobi nailazi se na neprihvatanje seksualnosti samih starijih osoba te na predrasude i stereotipe o seksualnosti u starijoj dobi koje potječu iz same okoline (Milosavljević 2015b, 100).

U analizi odgovora koliko se dobro snalaze u okolini nema statistički značajne razlike iako se može naglasiti da se prema dobivenim rezultatima, s ocjenom *jako dobro*, najbolje snalaze korisnici gerontoloških centara (35%). U analizi odgovora na pitanja koja su se odnosila na uvjete mjesta u kojem žive, blizinu zdravstvenih ustanova i javni prijevoz, vidljivo je da nema statistički značajne razlike među ispitanicima. Ispitanici triju skupina podjednako ocjenjuju navedena područja.

U pitanju *Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?*, iako nema statistički značajne razlike među ispitanicima, vidljivo je da ocjenu *vrlo zadovoljan* u najvećem postotku daju korisnici gerontoloških centara (26,7%), zatim slijede ispitanici u domu za starije osobe (18,3%) i skupina u vlastitom kućanstvu (13,3%). Navedeno ukazuje da se korištenjem usluga u gerontološkom centru održavaju i potiču nova prijateljstva i druženja, a jedan od ciljeva korištenja usluga gerontološkog centra i jest poticanje i održavanje socijalne mreže, što u konačnici potiče zadovoljstvo i kvalitetu života.

U posljednjem pitanju upitnika SZO *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* uočena je statistički značajna razlika kod promatranih ispitanika s obzirom na skupine.



Pri tome je značajno najmanje ispitanika s navedenim simptomima negativnih misli, loše volje, očaja i tjeskobe zabilježeno kod ispitanika u gerontološkim centrima. S obzirom na očekivanja da oblik skrbi u gerontološkim centrima prevenira socijalnu izolaciju i razvija socijalnu mrežu, rezultat odgovora korisnika gerontoloških centara na ovo pitanje ne čudi. Ispitanici u vlastitom domu imaju u ukupnom postotku najveći postotak odgovora *vrlo često* i *uvijek* (73,3 %), zatim slijede ispitanici u domu za starije osobe sa 71,7%, dok su ispitanici gerontološkog centra odgovore *vrlo često* i *uvijek* odabrali u najmanjem postotku (6,7%) u odnosu na druge dvije skupine. Ispitanici gerontološkog centra u najvišem su postotku odabrali odgovore *nikada* i *rijetko* (76,7%). Ovi odgovori pokazuju da je subjektivno zadovoljstvo koje dovodi do psihičkog zdravlja kod ispitanika u domu za starije osobe i vlastitom domu bez korištenja usluga zabrinjavajuće. Visok postotak osoba koje pate od negativnih misli, tjeskobe, loše volje pa i depresivnih misli zabrinjava i dovodi do razmišljanja kako bi u instituciju trebalo uključiti stručnjake iz područja psihologije i psihijatrije koji bi mogli biti korisni u savjetovanju, individualnim razgovorima, grupnim potporama i sl. Navedene stručnjake ispitanici iz doma za starije osobe također su naveli u svojim odgovorima na pitanje što bi trebalo poduzeti za poboljšanje njihove kvalitete života, a poveznica su s problemima loše komunikacije između starijih osoba kao i sa stručnim službama. Vrlo visok postotak negativnih osjećaja također je zabilježen kod osoba u vlastitom kućanstvu što se može povezati s odgovorima o problemima koje ispitanici navode u otvorenim pitanjima. Tjeskoba, tuga, zabrinutost i loša volja mogu biti poveznica s malim primanjima i brigom oko rješavanja financija potrebnih za održavanje vlastitog kućanstva (plaćanje režija) i sa skrbi o mlađim članovima obitelji koji nemaju mogućnost biti financijski neovisni od svojih roditelja. Sve spomenuto može zbog lošeg psihičkog stanja dovesti i do depresije koja je česta pojava u starijoj populaciji. Isto je potvrđeno i istraživanjem provedenim 2009. godine u pet zapadnoeuropskih zemalja koje je pokazalo da se naponi trebaju usredotočiti na skupine stanovništva s osobito visokom prevalencijom slabe skrbi, primjerice kod starijih osoba sa slabim zdravljem, ženama i skupinama s niskim prihodima (Anstey idr. 2007, 497-505). Prema jednom istraživanju kod starijih osoba koje žive izvan domova postoji veća vjerojatnost razvoja psihosomatskih poremećaja, nego kod osoba koje žive u domovima za starije. Studija upućuje na potrebu identificiranja i liječenja somatoformnog poremećaja u starijoj populaciji, kao i na poboljšanje života osoba koje žive same ili s obitelji u zajednici (Sudhaker idr. 2013, 39-42).

S obzirom da većina starijih osoba u Republici Hrvatskoj ima mala primanja (mirovine) jasna je poveznica razvoja negativnih osjećaja, tjeskobe i depresivnih stanja. Interni resursi (strategije suočavanja i samoupravljanja zdravljem) i vanjski resursi (socijalna podrška i podrška okoline) povezani s teškoćama prilagodbe u invalidnosti imaju daljnji utjecaj na depresivne simptome i zadovoljstvo životom. Prema istraživanju, strategije suočavanja s prihvaćanjem i djelovanjem bile bi korisne u procesu prilagodbe i psihološkom blagostanju, što bi potaknulo uspješnu prilagodbu (Hui-Chuan i Tung 2010, 851-860). Vremenski različiti prediktori, uključujući rezidencijalnu skrb, aktivnosti svakodnevnog života te samoprocjenu zdravlja, predvidjeli su depresivne simptome između i unutar osoba. Depresija je snažno povezana s faktorima koji ukazuju na povećanu ovisnost. Procjena rizika i ciljane intervencijske strategije za sprječavanje depresije u kasnom životu trebali bi uključivati promjene u funkcionalnim kapacitetima, mentalnom statusu i potrebi za stambenim zbrinjavanjem (Anstey idr. 2007, 497-505). Broj starijih osoba u institucijama i izvan njih, s rezultatima većim od granične točke depresije na skali procjene depresije pokazuje da je to relativno čest problem u ovoj populaciji (Fonseca Santos idr. 2013, 37-48). Osobe koje žive u vlastitom prostoru suočene su s neprekidnim pružanjem pomoći vlastitoj djeci i visokim izdatcima kućnih troškova što neminovno dovodi do slabljenja psihičkog zdravlja. Stoga je potrebno raditi na preventivnim akcijama u društvu u cjelini koje bi prevenirale loše psihičko zdravlje, a time i pojavnost depresije kod starijih osoba.

Odgovori ispitanika na posljednje pitanje upitnika SZO *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* uspoređeni su sa skupinom pitanja upitnika SZO koja su smatrana mogućom poveznicom za dobivene odgovore na pitanje o negativnim mislima, tjeskobi, tuzi i depresiji, a koje je pokazalo značajne razlike između skupina.

U procjeni razine signifikantnosti kod pitanja *Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života?* uočena je statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*. Pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji ocjenjuju svoju kvalitetu života kao dobru (78,6%). Navedeno ukazuje da na kvalitetu života ispitanih skupina utjecaj imaju negativne misli poput očaja, tjeskobe, depresije.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* nije pokazala statistički značajne razlike kod promatranih pitanja.

Također, razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* nije pokazala statistički značajne razlike kod promatranih pitanja. Odgovori na navedena pitanja ukazuju da zdravlje i fizičko stanje nije pokazalo poveznicu s dobivenim odgovorima na pitanje o negativnim mislima, očaju, tjeskobi i depresiji. Iako se prema prethodnim istraživanjima loše zdravlje i slabije fizičko funkcioniranje pokazalo kao mogući čimbenik razvoja depresivnih misli, tjeskobe i osjećaja tuge te time lošijeg psihičkog funkcioniranja, u ovom istraživanju se nije pokazala statistički značajna razlika.

U razini signifikantnosti kod pitanja *Koliko uživate u životu?* uočena je statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*, a pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji potpuno i većinom uživaju u životu (42,9%). Navedeni odgovor pokazuje da uživanje u životu smanjuje pojavnost negativnih misli koje bi vodile prema depresivnim stanjima. U analizi razine signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Smatrate li da Vaš život ima smisla?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih pitanja. Percepcija ima li njihov život smisla nije pokazala poveznicu s negativnim mislima.

Razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?* pokazala je statistički značajnu razliku kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* i pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji navode da se osjećaju nimalo ili malo sigurnima u svakodnevnom životu. Ispitanici koji imaju pozitivne emocije ne razvijaju osjećaje nesigurnosti u svojoj okolini. Nadalje, razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* nije pokazala statistički značajne razlike kod promatranih pitanja, što govori da okolina i percepcija zdrave okoline ispitanika nema poveznicu s negativnim mislima kod ispitanih skupina.

U analizi razine signifikantnosti kod pitanja *Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled?* uočena je statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*

Pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji navode da nimalo ili malo prihvaćaju svoj fizički izgled. Navedeno ukazuje da je prihvaćanje vlastitog fizičkog izgleda u njihovoj dobi značajno kako bi se smanjile negativne misli. Prema prethodnom istraživanju pozitivni unutarnji i vanjski resursi zajedno mogu utjecati na uspješnu prilagodbu starijih osoba te time i na njihovu kvalitetu života (Hui-Chuan i Tung 2010, 851–860).

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* nije pokazala statistički značajne razlike kod promatranih pitanja. Također, razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između pitanja *Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?* i pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* nije pokazala statistički značajne razlike kod promatranih pitanja. Materijalno stanje prema tome nije pokazalo poveznicu pojavnosti negativnih misli, osjećaja tuge, tjeskobe i depresije kod ispitanih skupina. Iz toga se može pretpostaviti da novac nije presudan čimbenik slabijeg psihičkog funkcioniranja, odnosno pojave negativnih misli, tjeskobe i očaja. Također ni procjena kvalitete spavanja ne utječe na pojavnost ovih emocija.

Promatra li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti?* može se uočiti statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* Pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji su nezadovoljni svojom sposobnošću obavljanja životnih aktivnosti. Sposobnost obavljanja životnih aktivnosti predstavlja važan segment samostalnosti, mogućnosti skrbi za sebe i druge, neovisnost o drugima i mogućnost odlučivanja. Sve navedeno u prethodnim je istraživanjima pokazalo poveznicu s boljom kvalitetom života. Neovisnost, samostalnost, kao i samoodlučivanje djeluje i povećava kvalitetu života starijih osoba.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni samim sobom?* može se uočiti statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*, a pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji su vrlo zadovoljni sami sa sobom (57,1%).

Navedeni odgovori mogu se povezati i s odgovorima o prihvaćanju vlastitog izgleda što djeluje i na zadovoljstvo samim sobom. Samoaktualizacija i samoprihvatanje važni su čimbenici poticanja što bolje kvalitete života.

Analiza razine signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima?* pokazala je statistički značajne razlike kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*. Pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli ima najviše onih koji su vrlo zadovoljni osobnim vezama s drugim ljudima (42,9%). Ovo potvrđuje da društvena mreža, odnosno socijalni kapital ima značajnu ulogu u postizanju kvalitete života starijih osoba. Socijalna mreža, održavanje odnosa s drugima, poticanje novih prijateljstava, održavanje postojećih socijalnih odnosa pravi su smjer održavanja i poticanja zadovoljstva starijih osoba i time veće kvalitete života. Također, analiza razine signifikantnosti kod pitanja *Koliko ste zadovoljni potporom prijatelja?* pokazala je statistički značajne razlike kod promatranih skupina s obzirom na pitanje *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?*. Pri tome kod ispitanika koji nikad nemaju negativne misli nema onih koji su nezadovoljni potporom prijatelja. Osobe koje su nezadovoljne potporom prijatelja sklonije su negativnim mislima, čime se također potvrđuje da je održavanje socijalne mreže izuzetno važno u starijoj dobi.

Dodatno je učinjena usporedba rezultata razine signifikantnosti kod pitanja *Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očaja, tjeskobe i depresije?* s demografskim pokazateljima, odnosno dobi, spolom i obrazovnim statusom. U rezultatima nije uočena statistički značajna razlika pojavnosti negativnih misli i osjećaja s demografskim pokazateljima, odnosno dobi, spolom i obrazovanjem. Navedeno ukazuje da demografski pokazatelji nemaju utjecaj na pojavnost negativnih osjećaja, a time i lošije psihičko stanje starijih osoba.

U analizi odgovora na pitanja na koja su odgovarali samo korisnici usluga gerontoloških centara uočava se da su starije osobe informacije o ovim uslugama u najvećem postotku dobivale od prijatelja (51,7 %), a zatim od osoba u domu za starije osobe, što pokazuje da još uvijek treba raditi na širenju informacija o uslugama u zajednici i koristiti različite oblike informiranja: medije, pisane materijale u mjesnim zajednicama, TV emisije s prikazom reportaža snimljenih u gerontološkim centrima kako bi se gledateljima predočile dostupne usluge i zadovoljstvo osoba koje ih koriste.

Većina ispitanika (81,7 %) usluge gerontološkog centra koristi više godina, što pokazuje da su ispitanicima usluge zanimljive i potiču ih na višegodišnje korištenje čime ispunjavaju svoje slobodno vrijeme, ostaju aktivni duži niz godina i šire svoju socijalnu mrežu. Cilj je održati stariju osobu aktivnom neposredno nakon umirovljenja kako bi se održalo zadovoljstvo i kvaliteta života. Iako usluge gerontološkog centra koriste dugi niz godina, vidljivo je da se korisnici nisu odmah po umirovljenju uključili u ove aktivnosti. Najveći postotak ispitanika (51,6%) uključio se nekoliko godina nakon umirovljenja i u većini koriste jednu uslugu 2 do 3 puta tjedno (61,6%) što je značajno za održavanje socijalne mreže. 28,3% ispitanika koristi dvije usluge, a 16,7% ispitanika koristi čak tri usluge u gerontološkom centru, što ukazuje da su osobe vrlo aktivne. Najčešće se koriste sportsko-rekreativne aktivnosti u obliku medicinske gimnastike i prilagođenih vježbi za pojedine zdravstvene probleme starijih osoba te kulturno-zabavne aktivnosti u obliku plesa, dramske skupine i likovno-keramičkih radionica. Ples je toliko popularan i korišten među starijim osobama da se bave i natjecanjima. U usporedbi s drugim istraživanjima također se pokazalo koliko satovi plesa djeluju na kvalitetu života, primjerice novije istraživanje provedeno u Portugalu 2016. godine (Varregoso 2016).

Otkad koriste usluge ispitanici gerontološkog centra osjećaju se u najvećem postotku *zadovoljno* (63,3%) i *vrlo zadovoljno* (33,3%), a kvalitetu života procjenjuju *vrlo dobrom* (45%) i *dobrom* (40%). Ovi podatci ukazuju na to da usluge gerontološkog centra dovode do zadovoljstva, a time povećavaju i kvalitetu života. Isto tako ove usluge potiču i razvijaju socijalnu mrežu koja je prema mnogim istraživanjima, zajedno sa socijalnom podrškom, vrlo važna u postizanju kvalitete života. S obzirom da su korisnici usluga gerontoloških centara u najvećem postotku udovice/udovci i samci, razumljivo je da korištenjem usluga u zajednici pronalaze nove ljude, razvijaju novu socijalnu mrežu i ostaju aktivni. Više od polovine ispitanika smatra da su informacije o uslugama u zajednici dostupne, ali 41,6% ispitanika je odgovorilo *možda* i *ne*. Ovo također govori u prilog tome da transparentnost informacija treba poboljšati. Raširenost informacija još je uvijek nedovoljna, a informacije o postojanju gerontoloških centara i njihovih usluga treba prezentirati pred umirovljenje ili neposredno nakon umirovljenja kako bi se starije osobe odmah nakon umirovljenja uključile u aktivnosti i time utjecale na vlastito zadovoljstvo i produktivnost. Dokazano je da je snažna socijalna podrška povezana s nižom smrtnošću i morbiditetom i boljom samoprocjenom zdravlja u kasnijem životu (McLaughlin idr. 2010).

Samopoštovanje subjektivnog blagostanja ne ovisi samo o objektivnim čimbenicima kao što su zdravlje i dohodak, nego i o aktivnom sudjelovanju u društvenom životu (Cannuscio idr. 2003). U psihologiji i sociologiji postoje značajni dokazi da socijalni odnosi potiču sreću pojedinca. Ipak, veličina njihovih utjecaja i dalje je uglavnom nepoznata (Powdthavee 2008). Najčešća percepcija aktivnog starenja je održavanje fizičkog zdravlja i funkcioniranja, slobodno vrijeme i društvene aktivnosti, mentalno funkcioniranje i aktivnost te socijalni odnosi i kontakti. Nezavisni prediktori pozitivne samoprocjene aktivnog starenja su optimalno zdravlje i kvaliteta života (Bowling 2008).

U analizi utvrđivanja razlika s obzirom na promatrane skupine i promatrane dimenzije kvalitete života i sociodemografske pokazatelje nije uočena statistički značajna razlika. S obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline* nema značajnih razlika u promatranim skupinama.

Kod *spola, dobi i obrazovanja ispitanika* nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline* te se može zaključiti da prva hipoteza koja glasi da demografska obilježja utječu na procjenu kvalitete života nije potvrđena.

Pogleda li se vrijednost značajnosti za *fizičko zdravlje* može se uočiti da postoji statistički značajna razlika kod *fizičkog zdravlja* s obzirom na *dob* ispitanika, pri čemu je najveća razina aritmetičke sredine odgovora (najbolja razina fizičkog zdravlja) zabilježena za ispitanike dobi 65 do 74 godine i iznosi 72,59. Značajna razlika u fizičkom zdravlju uočena je između ispitanika koji imaju 65 do 74 godine i onih koji imaju 75 do 84 godine. Iako bi se očekivalo da će razlika u fizičkom zdravlju biti između ispitanika koji imaju 65 do 74 godine i najstarije dobne skupine, statistička se razlika pokazala kod mlađe i srednje dobne skupine starijih osoba. Mlađa starija dobna skupina najviše je zastupljena u gerontološkim centrima, a navedeni rezultati potvrđuju i prethodno navođenje rezultata u kojima je skupina starijih osoba iz gerontoloških centara ocijenila svoje fizičko zdravlje u značajno većem postotku zadovoljavajućim nego ostale dvije skupine ispitanika. Zdravlje je u cjelini vrlo značajan čimbenik u ostvarivanju ili neostvarivanju zadovoljstva, a time i kvalitete života, što se pokazalo i u ovom istraživanju. Izazov nije živjeti dulje, već sačuvati najvišu razinu zdravstvene kvalitete života koliko je moguće. Još jedan izazov može biti nužnost u razmatranju subjektivnih kriterija u definiranju zdravstvene kvalitete života u procesu starenja (Luthy idr. 2015, 1687-1696).

Dokazano je da poboljšanje tjelesne kondicije ima pozitivan učinak i smanjuje rizik od pada kod starijih osoba. Održavanje tjelesne aktivnosti može doprinijeti sprečavanju padova poboljšavanjem tjelesne kondicije (Duray i Genç 2017).

U promatranju i usporedbi domena *psihičko zdravlje* i *utjecaj okoline* uočeno je da postoji statistički značajna razlika kod *psihičkog zdravlja* i *utjecaja okoline* s obzirom na *materijalno stanje ispitanika*, pri čemu je najveća razina aritmetičke sredine odgovora zabilježena za ispitanike koji navode *nešto bolje* i *mного bolje od prosjeka*. Navedeno ukazuje da osobe koje imaju bolje materijalne uvjete imaju bolje psihičko zdravlje i utjecaj okoline. Time je istraživanjem potvrđeno da materijalno stanje ispitanika utječe na subjektivno poimanje kvalitete života. Navedenim se potvrđuje četvrta hipoteza koja glasi da materijalno stanje utječe na kvalitetu života ispitanika. Materijalno stanje prema kvalitativnoj analizi predstavlja potrebu da se osiguraju osnovni životni uvjeti bez razmišljanja o svakodnevnim troškovima.

S obzirom na situacije koje starije osobe doživljavaju, a odnose se na brigu ne samo o vlastitoj materijalnoj situaciji već i materijalnoj situaciji vlastite djece, jasno je da društvo treba uložiti dodatne napore kako bi ublažilo trenutno stanje u društvu. Sve skupine su loše materijalno stanje u kvalitativnoj analizi prikazale kao male mirovine i potrebu povećanja mirovina. Usprkos tome, nisu procijenile svoju kvalitetu života lošom. Navedeno upućuje da je postignuta prilagodba u postizanju određenih zadovoljstava, a time i kvalitete života. S obzirom da se analiza zadovoljstva i kvalitete života unutar promatranih skupina na pitanju ocjene kvalitete života nije statistički značajno razlikovala, odnosno sve tri skupine su je ocijenile dobrom, treća hipoteza se odbacuje. Statistički nije bilo moguće dokazati različitosti iako su one u nekim dijelovima bile izražene među skupinama.

U analizi zadovoljstva korisnika usluga gerontološkog centra odgovori pokazuju da se većina ispitanika osjeća zadovoljno, a kvalitetu života procjenjuje vrlo dobrom i dobrom. Korisnost korištenja usluga gerontološkog centra vidljiva je na području fizičkog i psihičkog zdravlja te socijalnih odnosa. U mnogim pitanjima obrade upitnika SZO bilo je vidljivo da postoje razlike u postotcima odgovora korisnika gerontološkog centra u odnosu na druge dvije skupine ispitanika. Kao trenutno jedini oblik izvaninstitucijske skrbi u Republici Hrvatskoj gerontološki centar predstavlja značajan doprinos skrbi za starije osobe u zajednici. Može se zaključiti da predstavlja pravi smjer djelovanja u zajednici kroz ponude različitih usluga kojima se potiče zadovoljstvo i kvaliteta života ispitanika.



Činjenica je da gerontološki centar kao smjer izvaninstitucijske skrbi u Republici Hrvatskoj predstavlja dobru i kvalitetnu skrb u zajednici te ovakav oblik skrbi o starijim osobama u društvu treba poticati. Ono što je potrebno u budućnosti pratiti i analizirati je rasprostranjenost gerontoloških centara ili sličnih oblika skrbi ne samo u većim gradovima, već i u manjim sredinama.

Razlike u kvaliteti života osoba koje koriste usluge gerontoloških centara, osoba u vlastitom kućanstvu bez korištenja usluga i osoba u domu za starije osobe nisu se pokazale statistički značajnima. Ipak je vidljivo da su visoke ocjene na većinu pitanja upitnika SZO bile u najvećem postotku izražene kod korisnika usluga gerontološkog centra, odnosno da su iskazivali visok postotak zadovoljstva.

Ako se uspoređuju domene upitnika SZO, između promatranih skupina nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*. Osobe koje žive u vlastitom kućanstvu i koriste usluge gerontološkog centra ne pokazuju najveće zadovoljstvo životom u usporedbi s druge dvije skupine ispitanika, stoga se treća hipoteza ne može potvrditi.

Također, osobe s obzirom na smještaj i način stanovanja imaju različitu subjektivnu procjenu kvalitete života, ali osobe u vlastitom kućanstvu nisu zadovoljnije od osoba koje borave u domu za starije te se druga hipoteza djelomično potvrđuje. Iako je u nekim domenama vidljiva razlika u ocjeni ispitanika koji su u vlastitom kućanstvu i korisnika gerontoloških centara u odnosu na starije osobe u instituciji u korist osoba koje su izvan institucije, ne može se statistički dokazati razlika između skupina.

U usporedbi dvaju gerontoloških centara, pogleda li se vrijednost značajnosti za *fizičko zdravlje*, može se uočiti da značajnost testa iznosi manje od 0,05, odnosno  $p=0,044$ , dakle može se reći da postoji statistički značajna razlika kod *fizičkog zdravlja* s obzirom na promatrane gerontološke centre, pri čemu je viša razina aritmetičke sredine odgovora, a time i viša razina fizičkog zdravlja zabilježena za ispitanike iz Gerontološkog centra Sv. Ana. Ovi rezultati mogu se objasniti dobnom raspodjelom ispitanika u gerontološkim centrima gdje je mlađa starija dobna skupina (65 do 74 godine) zastupljenija u Gerontološkom centru Sv. Ana nego u Gerontološkom centru Maksimir u kojem je najveća zastupljenost srednje starije dobne skupine.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti kod promatranih komponenti kvalitete života može se uočiti da kod promatranih domova Sv. Ana i Maksimir nema značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*.

Kod analize Pearsonovog koeficijenta korelacije najveće korelacije zabilježene su između varijabli: *fizičko zdravlje* i *psihičko zdravlje* ( $r=0,647$ ;  $p<0,01$ ), zatim *psihičko zdravlje* i *utjecaj okoline* ( $r=0,579$ ;  $p<0,01$ ) te *fizičko zdravlje* i *utjecaj okoline* ( $r=0,569$ ;  $p<0,01$ ). Fizičko zdravlje korelira s psihičkim zdravljem, odnosno što su osobe fizički zdravije imaju i bolje psihičko zdravlje. Također, psihičko zdravlje i fizičko zdravlje koreliraju s utjecajem okoline, odnosno povećanje fizičkog i psihičkog zdravlja povezano je s boljom okolinom u kojoj ispitanici žive. Pruchno i suradnici u svom istraživanju najviše povezuju zdravstveno stanje i socijalnu podršku koji prema njihovim dobivenim rezultatima imaju najveći utjecaj na uspješno starenje bez obzira na to što su tijekom starenja različite komponente različito subjektivno važne starijim osobama (Pruchno idr. 2010). Djelovanje obitelji, socijalna podrška i socijalni rizik utječu na kvalitetu života starijih osoba u vlastitom kućanstvu (Fonseca Santos idr. 2013, 37).

Prema svemu jasna je poveznica fizičkog i psihičkog zdravlja, no postavlja se pitanje zašto su osobe u vlastitom kućanstvu bez korištenja usluga gerontološkog centra i osobe u domu za starije osobe u visokom postotku lošije ocijenile svoje psihičko zdravlje, dok u analizi fizičkog zdravlja između triju skupina nije bilo značajne razlike. S obzirom da su sve tri skupine jednako slično ocijenile svoje zdravstveno stanje, velike razlike u ocjeni emocionalnog stanja mogle bi se povezati i s drugim čimbenicima kao što socijalni odnosi, nezadovoljstvo materijalnim stanjem, okupiranost egzistencijalnim problemima, obiteljskim odnosima i sl. Također je bitno naglasiti da više od 90 % ispitanika koji su u vlastitom kućanstvu živi u vlastitom prostoru, što je prema prethodnim istraživanjima (Toussaint 2011; Dekker idr. 2011) određena sigurnost za stariju osobu, no također je činjenica da će se danas starije osobe rjeđe odlučivati na prodaju nekretnine jer često moraju osiguravati stambeni prostor i vlastitoj djeci. S druge strane, negativni osjećaji korisnika doma za starije osobe mogu biti poveznica nezadovoljstva smještajem u instituciju, kao i međuljudskim odnosima u samom prostoru.

Kvalitativna analiza odgovora na dva otvorena pitanja pokazala je sličnosti u promatranim skupinama u problemima koje ispitanici navode, kao i aktivnostima koje bi trebalo učiniti u poboljšanju kvalitete života ispitanika. Problemi ispitanika gerontološkog centra najviše se odnose na *male mirovine*, *premalo usluga rehabilitacije u zdravstvu*, *dugo čekanje na specijalističke preglede*, *osjećaj osamljenosti* i *nedostatak društva*.

Financijski aspekt se kroz pojam malih mirovina učestalo ponavljao tijekom analize dobivenih odgovora što ukazuje da zajednica i društvo u cjelini trebaju sagledati mogućnosti njihovog povećanja kako bi osobe mogle zadovoljiti svoje potrebe. Kroz povećanje mirovina ispitanici žele samo mogućnost za dostojan život i zadovoljavanje potreba bez razmišljanja kako preživjeti od jedne do druge mirovine. Materijalno stanje u konačnici ne utječe na korištenje usluga gerontoloških centara jer su usluge besplatne i dostupne svima.

Velika većina ispitanika u vlastitom prostoru vlasnici su stambenog prostora, ali ne razmišljaju o ulaganju nekretnine kako bi poboljšali svoj materijalni status. Drugi segment koji se učestalo navodi su zdravstvene usluge, dostupnost dovoljnog broja rehabilitacijskih usluga i razumno čekanje na specijalističke preglede. S obzirom na postojanje i razvoj kroničnih oboljenja u starijoj dobi te posljedično tome i veće potrebe za zdravstvenim uslugama trebalo bi razmisliti o njihovom poboljšanju.

U zdravstvenom sustavu svakako bi trebalo razmisliti o implikacijama određenih usluga u lokalnoj zajednici, posebice rehabilitacijskih usluga koje bi se mogle odvijati u gerontološkim centrima ili određenom prostoru u lokalnoj zajednici uz dostupnost različitih stručnjaka. Poboljšanje u samom zdravstvenom sustavu moglo bi biti i na način da se odrede pojedini dani u tjednu kad se određene pretrage ili usluge u ustanovama rade samo za ovu skupinu korisnika. Problem sigurno predstavlja i velika fluktuacija zdravstvenog osoblja, posebice zadnjih nekoliko godina, čime se smanjuje broj zdravstvenih djelatnika koji određene usluge mogu pružiti, pa čak i u drugim prostorima izvan zdravstvenih ustanova.

Ispitanici u svojim odgovorima spominju i osjećaj usamljenosti i nedostatak društva što se može povezati s činjenicom da najveći postotak ispitanika čine udovci/udovice i samci te su nakon vremena provedenog u gerontološkom centru ipak ponovo sami u svom vlastitom prostoru. Iako gerontološke usluge razvijaju i potiču socijalnu mrežu, dublje povezivanje i razvijanje partnerskih odnosa ipak nije jednostavno. Posljedica toga vjerojatno je javljanje osjećaja samoće i nedostatka društva. Nije dovoljno zadovoljiti samo tjelesne ili zdravstvene potrebe. Osim toga zadovoljene moraju biti i emocionalne i psihološke potrebe (McCamish-Svensson idr. 1998, 163-176). Također, u odnosu na spol, žene imaju veće socijalne mreže, raznovrsnije izvore, pružaju i primaju više podrške od muškaraca i imaju više kontakata sa svojim društvenim mrežama (Stoeckel i Litwin 2013).

Vjerojatnost je da će se žene prije povezivati i lakše ostvaruju kontakte s osobama istog, ali i suprotnog spola. Razvijanje socijalne mreže i različitost odnosa u starijoj dobi važna je za održavanje zdravlja i dobrobiti što su potvrdila brojna istraživanja. Potrebno je aktivno održavati i širiti socijalnu mrežu i interakciju starijih ljudi radi promicanja mentalnog zdravlja i sprječavanja bolesti. Starije osobe koje se suočavaju s niskom razinom društvenog kapitala imaju veću vjerojatnost problema mentalnog zdravlja, stoga treba osnažiti društveno umrežavanje i održavati bogati društveni život (Forsman 2012). Koncepti socijalne uključenosti i isključenosti često se koriste u istraživanjima važnosti lokalnih zajednica za životne uvjete, pripadnost i dobrobit starijih ljudi. Socijalno uključivanje podrazumijeva da osobe imaju priliku održavati mreže koje su im važne, kao što su prijateljstvo, obiteljske veze i neformalni društveni kontakti u svakodnevnom životu te imati pristup osnovnim uslugama (Cass idr. 2005).

U odgovoru na pitanje što bi trebalo promijeniti kako bi se poboljšala njihova kvaliteta života, ispitanici gerontoloških centara u većini naglašavaju poboljšanje zdravstvenih usluga kroz smanjenje čekanja na potrebne specijalističke preglede, dovoljno rehabilitacijskih usluga tijekom godine te bolje i brže usluge u zdravstvu; povećanje mirovina kako bi mogli pristojno živjeti; poboljšanje okoline u poticanju osnivanja većih prostora koji služe za druženje i održavanje aktivnosti. Problem smanjenog druženja iz odgovora očituje se ne samo kao nedostatak prostora, već i kao percepcija osobnog doživljaja aktivnosti koji može povećati ili smanjiti socijalnu mrežu.

Ispitanici naglašavaju potrebu dostupnosti informacija o uslugama koje se provode u zajednici i pružanje većeg broja aktivnosti koje bi zadovoljile njihove potrebe za druženjem. Prema dobivenim rezultatima svakako bi trebalo raditi na širenju informacija u zajednici kroz različite medijske okvire: novine, radio emisije, TV emisije, reportaže, otvorena predavanja za populaciju koja je pred mirovinom. Ukoliko se na vrijeme distribuiraju informacija veća je vjerojatnost da će se veći broj korisnika uključiti u korištenje usluga gerontološkog centra. Time se svakako djeluje na razvoj novih socijalnih mreža starijih osoba, potiče se aktivnost koju starije osobe žele, dijeli se znanje i iskustvo starijih osoba s mlađim naraštajima, radi se na očuvanju fizičkog i psihičkog zdravlja. Sve navedeno u konačnici dovodi do boljeg zadovoljstva starijih osoba, time i veće kvalitete njihovih života. Starije osobe se na ovaj način osjećaju i korisnim članovima društva.

Problemi koje ispitanici doma za starije osobe najviše navode povezani su s *malim mirovinama, premalo usluga rehabilitacije u zdravstvu, dugim čekanjem na specijalističke preglede, osjećajem nerazumijevanja i smanjene komunikacije u domu kroz pojmove nedostatak tolerancije, poštivanja, nerazumijevanje od socijalne radnice, loši međuljudski odnosi, nedostatak dobre komunikacije* te nezadovoljstvom samim smještajem kroz pojmove *neadekvatan prostor u sobi, namještaj, neudoban ležaj, loši uvjeti u prostoru življenja*. Kao što se vidi iz odgovora, problemi osoba u domu u prvom dijelu navođenja isti su kao i problemi koje navode osobe u gerontološkom centru, no očekivalo bi se da su određene usluge kao što su rehabilitacijske usluge ili čekanje na specijalističke preglede bolje organizirane u instituciji kroz stručne službe i organizaciju u samom domu za starije osobe. Ono što zabrinjava je navođenje osjećaja nerazumijevanja i smanjene komunikacije sa stručnim službama, loših međuljudskih odnosa, što posljedično može dovesti do lošeg psihičkog stanja starijih osoba, čemu su starije osobe, prema provedenim istraživanjima, sklone. Psihičko stanje osoba smještenih u dom loše se ocijenilo i u pitanju u upitniku SZO, a u otvorenim pitanjima dio korisnika izrazio je svoje emocionalne probleme. Problem zasigurno postoji u emocionalnom zadovoljstvu i negativnim osjećajima koji se javljaju kod korisnika iz različitih navedenih razloga. Preventivne radnje, kao i pravovremeno prepoznavanje ovih stanja svakako bi bio pravilan smjer poboljšanja psihičkog zdravlja starijih osoba u instituciji. To zasigurno neće biti jednostavan ni lagan posao za odgovorne osobe u društvenoj strukturi, no svakako će biti jasan putokaz kojim putem treba krenuti. U analizi kvalitete života, sociodemografskih karakteristika, obiteljske potpore, zadovoljstva zdravstvenim uslugama i učinku integrativne terapije zajednice među starijim osobama izvan institucije, sa simptomima depresije i bez njih, u Brazilu pokazalo se da osobe s depresivnim simptomima imaju nižu kvalitetu života u domeni socijalnih odnosa nego one bez depresivnih simptoma (de Lima Silva idr. 2017). S obzirom na to da je temelj za uspješno starenje sposobnost prilagodbe i prilagodbe promjenama, obučavanje svjesnosti i samosvijesti stvara emocionalno pozitivan stav koji može zaštititi od negativnih posljedica samoprocjene, izolacije i ruminiranja (Neff i Germer 2013, 11-14).

U odgovoru na pitanje što bi trebalo promijeniti kako bi se poboljšala njihova kvaliteta života, ispitanici u domu naglašavaju poboljšanje zdravstvenih usluga u smislu kontrole i praćenja njihovog zdravstvenog stanja, povećanje mirovina, poboljšanje okoline u poticanju kvalitetnijeg smještaja i prehrane u domu.

Iz dobivenih odgovora je vidljivo da su nezadovoljni osnovnim prostorom u kojem žive što se može objasniti time da su prostori relativno stari i nije se ulagalo u njihovu infrastrukturu. Činjenica je da se ne bi smjelo dogoditi da osobe budu nezadovoljne ležajem, namještajem u sobi i sl. s obzirom da su to osnovne materijalne potrebe starijih osoba, a imaju relativno velik utjecaj na zadovoljstvo i kvalitetu života. Drugo što navode je nezadovoljstvo prehranom koja je isto tako jedna od osnovnih stvari u životu pojedinca. Vjerojatno bi trebalo prikupiti informacije od samih korisnika o zadovoljstvu prehranom i razmisliti o mogućim promjenama. U Republici Hrvatskoj u pripremi je priručnik smjernica za prehranu starijih osoba u instituciji jer do sada nije postojao jedinstven i dostupan priručnik koji bi se koristio u svim institucijama. Ono što se dalje navodi u odgovorima ispitanika je dostupnost informacija, uvođenje modernih tehnologija (internet) i učenje istih. Starije osobe u domu žele pomoć onda kad im je ona potrebna, kao i usluge posebnih stručnjaka (psihologa, psihijatra) koji bi trebali biti dostupni u domu za starije osobe. Žele da se njihovi problemi adekvatnije rješavaju, da imaju mir kad im je potreban i da budu bolje povezani s obitelji. Navedeno ukazuje da ispitanici imaju potrebu za razgovorom i savjetovanjem sa stručnjacima koji se bave psihološkim aspektima života. Također, zbog razvijanja tjeskobnih osjećaja, tuge i nezadovoljstva koji su kod ispitanika u domu za starije vrlo visoki, navedeni stručnjaci bili bi od izuzetne koristi. Zdravstveni problemi također bi se mogli rješavati na način da se organiziraju adekvatni pregledi i terapije te preventivni pregledi u samoj instituciji čime bi se korisnicima ukazalo da se i preventivno skrbi o njima, a ne samo kurativno.

Problemi koje ispitanici u vlastitom kućanstvu najviše navode povezani su s materijalnim stanjem i navedeni kroz pojmove *male mirovine, prevelike režije u kućanstvu*; zdravstvenim problemima; obiteljskim problemima kroz pojmove *opterećenost problemima djece, obiteljski gubici*.

Ako se navedeno uspoređi s prve dvije skupine, vidljivo je da postoje sličnosti u problemima koje starije osobe imaju. Naime, financijski aspekt provlači se kroz sve tri skupine, s time da ispitanici ove skupine navode i prevelike izdatke u kućanstvu koji primjerice mogu dovesti do nemogućnosti ispunjavanja osnovnih životnih potreba. Nadalje je važno napomenuti da se starije osobe koje žive u vlastitom kućanstvu danas najčešće skrbe i o vlastitoj djeci koja zbog nezaposlenosti ili malih primanja nisu u mogućnosti samostalno živjeti i privređivati za vlastiti život.

To dovodi do pretjerane brige starijih osoba o djeci kojoj svakako žele pomoći najviše što mogu, a istovremeno ih cijela situacija neupitno zabrinjava. No to su sve aspekti koji proizlaze iz cjelokupne društvene situacije gdje se još uvijek osmišljavaju planovi i projekti skrbi kako za starije osobe tako i za sve ostale članove društva. Navedeno predstavlja dugoročan i kontinuiran proces za koji još uvijek nije pronađeno najbolje rješenje.

Kroz analizu odgovora na pitanje što bi trebalo promijeniti kako bi se poboljšala kvaliteta njihovih života, ispitanici u vlastitom kućanstvu naglašavaju povećanje mirovina, poboljšanje okoline u poticanju kvalitetnijeg javnog prijevoza i organizacije usluga rekreacije i druženja u okolini. Ispitanici žele više druženja, žele dobiti pomoć u obavljanju težih kućanskih i drugih poslova i pomoć kad im je ona potrebna. U navedenim odgovorima naglašava se druženje i obavljanje aktivnosti koje doprinose boljem osjećaju zadovoljstva.

Također, ispitanici spominju organizaciju više prostora za druženje kako bi potaknuli više kretanja, fizičke aktivnosti i rekreacije. Sve navedeno potiče na preispitivanje resursa u zajednici i pronalaženje rješenja za ove probleme, a društvo u cjelini treba sagledati različite oblike potpore i skrbi kako bi se povećalo zadovoljstvo, a time i kvaliteta života starijih osoba u Republici Hrvatskoj. Također, kontinuirano se moraju preispitivati mogućnosti skrbi za starije osobe u društvu kako bi se uspostavio mehanizam koji bi potaknuo, poboljšao i održao kvalitetu života starijih ljudi.

U svakom slučaju, potrebno je učiniti promjene u skrbi o starijim osobama kako bi se postigla bolja kvaliteta njihovih života. Kod usporedbe smještaja i kvalitete života starijih osoba svakako treba uzeti u obzir složenost mnogih čimbenika koji utječu na postizanje kvalitete života, uključujući prilagođenost stanovanja, dostupnost usluga, materijalne mogućnosti, socijalnu uključenost, kognitivne sposobnosti, tjelesnu aktivnost, prehranu i drugo.

Politika u većini zemalja ulaže ogromne napore kako bi se pokušao stvoriti sustav koji bi dugoročno postao održiv na tržištu rada i umirovljenja. Koliko i kako će se reforme odvijati, u kojoj mjeri će određene promjene donijeti i realne promjene, pitanje je na koje tek treba odgovoriti. Svijet je suočen s ozbiljnim problemima i pitanjima za koje treba donijeti razumna rješenja i odluke koje bi u konačnici značile ne samo pravilan okvir skrbi za starije osobe, već bi imale utjecaj i na cjelokupno čovječanstvo. S obzirom na ubrzani porast starog stanovništva nema previše vremena za donošenje ključnih odluka.

Smjernice za skrb o starijim osobama u Republici Hrvatskoj stalno se mijenjaju, nadopunjavaju i pokušavaju se pronaći najbolje mogućnosti, no one velikim dijelom ovise o cjelokupnoj ekonomskoj i socijalnoj situaciji u državi. Čestim društvenim i političkim promjenama nijedna se mjera do sada nije mogla dugoročnije pratiti jer promjene u društvenom i političkom segmentu kontinuirano donose i promjene u različitim segmentima pa tako i u skrbi za starije. Kao članica Europske unije, Republika Hrvatska također ima obvezu slijediti upute i programe ovlaštenih tijela Europske unije. Pretpostavka je da će se u razumnom periodu naći zajedničko rješenje o skrbi za starije osobe koje bi djelovalo u skladu sa svim smjernicama koje predlažu stručnjaci iz područja gerontologije u svrhu poticanja zadovoljnog i kvalitetnog starenja

Dobiveni rezultati istraživanja omogućavaju izradu prijedloga za uvođenje određenih aktivnosti u područje institucijske i izvaninstitucijske skrbi u gradu Zagrebu, ali i Republici Hrvatskoj. Smjernice skrbi o starijim osobama u instituciji trebaju obuhvatiti, uz procjenu fizičkog funkcioniranja, i psihičke promjene koje su moguće u starijoj dobi. S obzirom na dobivene rezultate visoke procjene negativnih osjećaja (tuge, bezvoljnosti, loših misli i depresije) uključivanje stručnjaka (psihologa i liječnika psihijatra) bilo bi korisno u praćenju i liječenju ovih problema. Bilo bi dobro također koristiti grupni rad, odnosno grupnu podršku i terapiju, uz radionice koje trenutno postoje ili osmišljavanje novih radionica kojima bi glavni cilj bio poboljšanje psihičkog zdravlja starijih osoba. Također bi trebalo pokušati pronaći rješenja za rekonstrukciju prostora i obnavljanje infrastrukture u domovima za starije osobe (posebice osnovni namještaj - krevet, ormar, stolić). S obzirom na važnost razvijanja izvaninstitucijske skrbi, potrebno je kontinuirano širiti informacije putem različitih medija jer se najveći broj osoba prema istraživanju uključio nekoliko godina nakon umirovljenja u korištenje usluga.

U osvrtu na percepciju kvalitete života u odnosu na smještaj mogu se uočiti određene razlike. Iako one nisu statistički značajne u promatranim skupinama ipak su ustanovljeni nedostaci u zadovoljstvu i kvaliteti života kod sve tri skupine. U svakoj skupini postoje čimbenici koji umanjuju njihovu kvalitetu života. Svaka skupina ima probleme na koje u zajednici i društvu treba djelovati i pokušati pronaći najbolja moguća rješenja u skladu s mogućnostima na nacionalnoj razini kako bi se u konačnici poboljšalo zadovoljstvo i kvaliteta života starijih osoba.



## 7 ZAKLJUČAK

Kvaliteta života procjenjuje se kroz različite komponente kao što su materijalna postignuća, zdravlje, odnosi s drugima, društvene aktivnosti i najčešće je subjektivno određena jer za svaku osobu pojedini segmenti procjene kvalitete imaju različitu važnost. U procjeni kvalitete života važni su i objektivni i subjektivni čimbenici. Istraživanjem kvalitete života i usluga skrbi o starijima u Republici Hrvatskoj (Despot Lučanin idr. 2005), funkcionalna sposobnost ispitanika pokazala se vrlo dobrom, što je značilo da su starije osobe neovisne u svojim aktivnostima i obavljaju ih bez pomoći. Starijim osobama najvažnije su zdravstvene usluge koje su im i najdostupnije. Prema istraživanju starije se osobe prilagođavaju na postojeće uvjete življenja, čime zapravo pokušavaju održati određenu kvalitetu života.

Starenje populacije predstavlja imperativ daljnjeg razvoja društva koje je suočeno s uvođenjem različitih promjena. Trenutne demografske činjenice izazivaju velik ekonomski i socijalni pritisak, zahtijevaju promjenu na mnogo razina kao što su tržište rada, usluge u zdravstvu, socijalna struktura skrbi, usklađivanje prihoda i rashoda na nacionalnoj razini. Povećanje troškova koje prema V. Puljizu (2005) slijedi promjenom strukture stanovništva dovodi do promjena bruto nacionalnog dohotka zbog povećanog udjela mirovinskih i zdravstvenih troškova.

Prema postojećim podacima u Republici Hrvatskoj je danas raširena i neformalna skrb, a u prilog tome govori i podatak da je samo oko 2 % hrvatskog stanovništva starijeg od 65 godina smješteno u domove za starije i nemoćne osobe (MSPM 2013a). Novi oblici skrbi za starije postaju sve češći u zbrinjavanju starijih osoba u odnosu na klasične oblike skrbi u institucijama. Činjenica je da starije osobe žele ostati u vlastitom prostoru dok god mogu jer poznaju sredinu, poznaju susjedstvo, imaju svoju socijalnu mrežu, održavaju svoje kontakte. Premještanje je gubitak postojećih društvenih odnosa i promjena u svakodnevnoj rutini i stilu života (Wiles idr. 2011).

Zadatak je zajednice, ali i društva u cjelini, omogućiti starijoj osobi da što duže ostane u vlastitom prostoru. Program izvaninstitucijske skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj trenutno osiguravaju gerontološki centri. Gerontološki centar je oblik skrbi koji osigurava dnevni boravak za starije, tjelesnu, psihičku i okupacijsko-rehabilitacijsku aktivnost uz poučavanje o zdravom i produktivnom starenju.

Djelatnošću gerontološkog centra dolazi do jačanja međugeneracijske povezanosti u prijenosu vještina, znanja i umijeća, a brojne usluge i programi u zajednici omogućavaju starijim osobama održavanje kvalitete života uz mogućnost ostanka u vlastitom domu i poznatom okruženju. Praćenje dostupnosti, kvalitete i raširenosti ovih usluga postaje prioritet u društvu. To je posebice važno za razumijevanje sadašnjeg sustava usluga i postavljanje budućih izazova zadovoljavanja usluga i kvalitete života starijih osoba. Smjernice skrbi o starijim osobama u Republici Hrvatskoj učestalo se mijenjaju i pokušavaju se pronaći najbolje mogućnosti.

U različitim istraživanjima usporedbe institucijske i izvaninstitucijske skrbi za starije osobe pokazale su prednosti i nedostatke obiju skrbi. Primjerice osobe u izvaninstitucijskoj skrbi procjenjuju da je razina socijalne podrške viša nego osobe smještene u institucije (Jaswal i Singh 2014), što se potvrdilo i ovim istraživanjem. Posljednjih dvaju desetljeća smanjuje se udio starijih osoba koje su primale usluge kroz institucijsku skrb. Kao rezultat toga raste udio starijih osoba koje su primile skrb u vlastitom životnom prostoru. Starije osobe žele boraviti u poznatom okruženju i susjedstvu, a većina ih živi duže i često bez ozbiljnih zdravstvenih problema (Daanesh idr. 2012).

Osnovna svrha i cilj istraživanja bili su ispitati zadovoljstvo kvalitetom života osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi u gradu Zagrebu. Istraživanjem se željelo uvidjeti postoje li različitosti u samoprocjeni kvalitete života starijih osoba koje borave u instituciji u odnosu na osobe koje borave u vlastitom kućanstvu. S obzirom na vrijeme posljednjih istraživanja kvalitete života starijih osoba u institucijskoj skrbi i u zajednici bilo je potrebno učiniti istraživanje u svrhu dobivanja novih podataka koji bi mogli biti smjernica buduće organizacije skrbi o starijim osobama. Prikupljanje podataka trajalo je od svibnja do prosinca 2018. godine. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 180 ispitanika ravnomjerno raspoređenih u tri skupine (60 ispitanika po skupini - 30 muškaraca i 30 žena).

U dobivenim rezultatima ovog istraživanja mlađa starija populacija bili su korisnici gerontoloških centara, kao i osobe u vlastitom kućanstvu, dok je starija skupina (85+) bila u većem postotku smještena u domu za starije osobe. Navedeno pokazuje da osobe mogu do kasnije starije dobi ostati u vlastitom prostoru i koristiti usluge dostupne u zajednici. Činjenica je da je danas moderna skrb orijentirana na starenje u vlastitom prostoru, no to zahtijeva i određene prilagodbe u lokalnoj zajednici kako bi starije osobe mogle ostati u svom prostoru. U domu za starije osobe i korisnici gerontoloških centara u najvećem su postotku bili udovice/udovci, dok su osobe u vlastitom kućanstvu bez korištenja usluga u najvećem postotku u bračnoj zajednici.

Bračni status povezao se i sa zadovoljstvom seksualnim životom pa su u tom segmentu bile najzadovoljnije osobe u vlastitom kućanstvu. U analizi utvrđivanja razlika s obzirom na promatrane skupine i s obzirom na promatrane dimenzije kvalitete života i sociodemografske pokazatelje nije uočena statistički značajna razlika.

S obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline* nije bilo značajnih razlika u promatranim skupinama. Razlike u kvaliteti života osoba koje koriste usluge gerontoloških centara, osoba u vlastitom kućanstvu bez korištenja usluga i osoba u domu za starije osobe nisu se pokazale statistički značajnima. Osobe koje žive u vlastitom kućanstvu i koriste usluge gerontološkog centra nisu pokazale najveće zadovoljstvo životom u usporedbi s drugim ispitanicima stoga se treća hipoteza nije potvrdila. Također, osobe s obzirom na smještaj i način stanovanja imale su različitu subjektivnu procjenu kvalitete života, ali osobe u vlastitom kućanstvu nisu zadovoljnije od osoba koje borave u domu za starije te se druga hipoteza djelomično potvrdila.

Kod *spola, dobi i obrazovanja ispitanika* nije bilo značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline* te se zaključilo da demografska obilježja nisu utjecala na procjenu kvalitete života čime se prva hipoteza nije potvrdila. Usporedba materijalnog stanja ispitanika i percepcije kvalitete života svih triju skupina pokazala je statistički značajne razlike što je potvrdilo četvrtu hipotezu.

S obzirom da se analiza zadovoljstva i kvalitete života unutar promatranih skupina na pitanju o ocjeni kvalitete života nije statistički značajno razlikovala, odnosno sve tri skupine su je ocijenile dobrom, treća hipoteza se odbacila. U usporedbi dvaju gerontoloških centara zaključeno je da postoji statistički značajna razlika kod *fizičkog zdravlja* s obzirom na promatrane gerontološke centre, pri čemu je viša razina fizičkog zdravlja zabilježena kod ispitanika iz Gerontološkog centra Sv. Ana.

U promatranoj kvaliteti života između dvaju domova za starije osobe nije bilo značajne razlike s obzirom na razinu *fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa i utjecaja okoline*.

Kod analize Pearsonovog koeficijenta korelacije najveće korelacije zabilježene su između fizičkog i psihičkog zdravlja, zatim psihičkog zdravlja i utjecaja okoline te fizičkog zdravlja i utjecaja okoline. Fizičko zdravlje korelira s psihičkim, odnosno što su osobe fizički zdravije imaju i bolje psihičko zdravlje. Također, psihičko zdravlje i fizičko zdravlje koreliraju s utjecajem okoline, odnosno povećanje fizičkog i psihičkog zdravlja povezano je s boljom okolinom u kojoj ispitanici žive.

U kvalitativnoj analizi rezultati su pokazali sličnost dobivenih odgovora u usporedbi skupina. Problemi koji su najzastupljeniji su financijsko stanje, odnosno male mirovine, nezadovoljstvo zdravstvenim uslugama zbog dugog čekanja na preglede kod specijalista i nedovoljno rehabilitacijskih tretmana. U domu za starije osobe ispitanici su naglasili nepovoljne međuljudske odnose i nedovoljnu komunikaciju sa stručnim osobljem. Rezultati dobivenih odgovora na pojavnost negativnih misli, loše volje, očaja, tjeskobe i depresije jasno ukazuju da treba raditi na preventivnim programima kojima bi se spriječila pojava depresije kojoj su starije osobe izložene, a svakako bi trebalo uključiti stručnjake iz područja psihologije i psihijatrije koji bi osmislili preventivne programe, ali i akcije pomoći starijim osobama kako bi se poboljšalo njihovo psihičko zdravlje.

Reforme i naponi u poticanju politike održivosti dugoročnog sustava tržišta rada i umirovljenja je dugoročan i kontinuiran proces koje provode sve zemlje, pa tako i Republika Hrvatska. U kojoj će mjeri određene promjene i odluke donijeti i realne promjene u društvu bit će vidljivo u budućnosti. Skrb za starije osobe svakako bi trebala biti usmjerena na boravak u vlastitom prostoru uz pružanje adekvatnih i potrebnih usluga u svrhu postizanja zadovoljstva i kvalitete života starijih osoba.

Podatci ovog istraživanja prikazali su usporedbu percepcije kvalitete života starijih osoba koje su u institucijskoj skrbi, osoba u vlastitom kućanstvu - korisnika usluga gerontološkog centra i onih koji su u vlastitom kućanstvu, a ne koriste usluge. Time se dobio prikaz percepcije kvalitete života kroz tri postojeća načina življenja starijih osoba u gradu Zagrebu. Dobiveni podatci koristan su izvor informacija u procesima i postupcima donošenja odluka o kulturnim, socijalnim i ekonomskim politikama koje su usmjerene na populaciju starije dobi.

Ovo istraživanje doprinos je uvidu percepcije kvalitete života starijih osoba s obzirom na smještaj te može poslužiti kao smjernica razvoja buduće skrbi za starije osobe u gradu Zagrebu. Razvoj socijalne gerontologije u Republici Hrvatskoj potiče se kroz osmišljavanje novih i inovativnih oblika skrbi u poticanju zadovoljnijeg i kvalitetnijeg života starijih osoba u društvu.

## 8 LITERATURA

1. Adetokunbo, O. Ilesanmi. 2012. Housing, Neighbourhood Quality and Quality of Life in Public Housing in Lagos, Nigeria. *Journal for Housing Science* 36(4): 231-240.
2. Aghamolaei, Teamur, Sedigheh Sadat Tavafian i Shahram Zare. 2010. Health Related Quality of Life in Elderly People Living in Bandar Abbas, Iran: A Population-Based Study *Acta Medica Iranica* 48(3): 185-191.
3. Ajrouch, J. Kristine, Alysia Y Blandon i Tony C Antonucci, Toni C. 2005. Social Networks Among Men and Women: The Effects of Age and Socioeconomic Status. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 60(6): 311-317.
4. Allen, B. Ashley i Mark R. Leary. 2014. Self-compassionate responses to aging. *The Gerontologist* 54(2): 190–200.
5. Angelini, Viola i Anne Laferrere. 2011. Residential Mobility of the European Elderly, *CESIFO Working paper* 3280: 1-22. Munich: CESIFO.
6. Antonucci, C. Toni, Kira S. Birditt, Carey W. Sherman i Sarah Trinh. 2011. Stability and change in the intergenerational family: a convoy approach. *Ageing & Society* 31(7): 1084-1106.
7. Antonucci, C. Toni, Kira S. Birditt i Kristine Ajrouch. 2011. Convoys of Social Relations: Past, Present, and Future. U *Handbook of Life-Span Development*, ur. Karen L. Fingerman, Cynthia A. Berg, Jacqui Smith in Toni C. Antonucci, 161-182. New York: Springer Publishing Company.
8. Arber, Sara, Perren Kim i Davidson Kate. 2002. *Involvement in social organizations in later life: Variations by gender and class*. In L. Andersson (Ed.), *Cultural gerontology* (pp. 77–93). Westport, CT: Auburn House.
9. Atkins, Sandy. 2013. We're Better Together: The Gifts, Responsibilities, and Joys of Aging in Community. *Journal of the American Society on Aging* 37(4): 92–96.
10. Azeem, Fatima i Mahwesh A. Naz. 2015. Resilience, Death Anxiety, and Depression Among Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research* 30(1): 111-130.

11. Baars, Jan, Joseph Dohmen, Amanda Grenier i Chris Phillipson. 2010. *Ageing, Meaning And Social Structure - Connecting critical and humanistic gerontology*. Bristol: Policy Press, University of Bristol.
12. Baars, Jan. 2012. *Aging and the Art of Living*. The Johns Hopkins University Press Baltimore.
13. Bađun, Marijana. 2017. Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku* 24(1): 19-43.
14. Baker, A. Lindsey, Lawrence P., Cahalin, Kerstin Gerst i Jeffrey A. Burr. 2005. Productive Activities And Subjective Well-Being Among Older Adults: The Influence Of Number Of Activities And Time Commitment. *Social Indicators Research* 73(3): 431-458.
15. Balestra, Carlotta i Joyce Sultan. 2013. Home Sweet Home: The Determinants of Residential Satisfaction and its Relation with Well-being. *OECD Statistics Working Papers* 54(5): 1-42.
16. Ball, M. Mary, Molly M. Perkins, Frank J. Whittington, Bettye R. Connell, Carole Hollingsworth i Sharon King. 2004. Managing decline in assisted living: The key to aging in place. *Journal of Gerontology, Social Sciences* 59(4): 202–212.
17. Beard, John, Alana Officer i Andrew Cassels. 2015. World report on ageing and health. World Health Organization; Geneva: 2015. Dostupno na: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> (06. kolovoza 2018).
18. Beard, R. John, Alana Officer, Islene Araujo de Carvalho, Ritu Sadana, Anne Margriet Pot, Jean-Pierre Michel, Peter Lloyd-Sherlock i Joanne Epping-Jordan, Gmee (Geeske) Peeters, Wahyu Retno Mahanani, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan i Somnath Chatterji. 2016. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 387(10033): 2145–2154.
19. Bernard, Miriam, Jennifer Liddle, Bernadette Bartlam i Thomas Scharf. 2012. Then and now: Evolving community in the context of a retirement village. *Ageing & Society* 32(01): 103-129.
20. Bilotta, Claudio i Carlo Vergani. 2008. Quality of private personal care for elderly people with a disability living at home: correlates and potential outcomes. *Health and Social Care in the Community* 16(4): 354–362.
21. Black, Kathy. 2008. Health and aging in place: Implications for community practice. *Journal of Community practice* 16(1): 79-95.

22. Blekesaune, Arild i Marit S. Haugen. 2018. Ageing in Norwegian Rural and Urban Communities. *European Countries* 10(2): 232-246.
23. Bloom, E. David, Axel Boersch-Supan, Patrick McGee i Atsushi Seike. 2011. Population aging: Facts, challenges, and responses. AARP, *PGDA Working Paper* (71): 1-10.
24. Bond, Lyndal, Ade Kearns, Phil Mason, Carol Tannahil, Matt Egan i Elise Whitely. 2012. Exploring the relationship between housing, neighbourhoods and mental wellbeing for residents of deprived areas. *BMC Public Health* 12(48): 1-14.
25. Bondevik, Margaret i Anders Skogstad. 1998. The Oldest Old, ADL, Social Network, and Loneliness. *Western Journal of nursing research* 20(3): 325-43.
26. Bookman, Ann. 2008. Innovative models of aging in place: Transforming our communities for an aging population. *Community, Work & Family* 11(4): 419-38.
27. Bookman, Ann i Dorothy Kimbrel. 2011. Families and Elder Care in the Twenty-First Century. *Future of Children* 21(2): 117-140.
28. Bouillet, Dejana. 2003. Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. *Revija za socijalnu politiku* 10(3): 321-333.
29. Bowen, G. Pamela, Olivio J. Clay, Loretta T. Lee, Jason Vice, Fernando Ovalle i Michael Crowe. 2015. Associations of Social Support and Self-Efficacy With Quality of Life in Older Adults With Diabetes. *Journal of Gerontological Nursing* 41(12): 21-29.
30. Bowling, Ann. 2008. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging & Mental Health* 12(3): 293-301.
31. Bowling, Ann. 2010. *Good Neighbours: Measuring Quality of Life in Older Age*. London: The International Longevity Centre.
32. Bradshaw, Siobhan Aine, Diane E. Playford i Afsane Riazi. 2012. Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing* (41): 429–440.
33. Brajković, Lovorka. 2010. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Zagreb: Medicinski fakultet, neobjavljena doktorska disertacija.
34. Bryła, Marek, Monika Burzyńska i Irena Maniecka-Bryła. 2013. Self-rated quality of life of city-dwelling elderly people benefitting from social help: results of a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* (11): 181-196.

35. Buthaina Hameed Hassan Al Asfoor. 2014. Daily Life Experience of Institutionalized Elderly People. *Journal of US-China Medical Science* 11(2): 85-93.
36. Cannuscio, Carolyn, Jason Block i Ichiro Kawachi. 2003. Social Capital and Successful Aging: The Role of Senior Housing. *Annals of Internal Medicine* 139(5): 395-400.
37. Cass, Noel, Elizabeth Shove i John Urry. 2005. Social exclusion, mobility and access. *Sociological Review* 53(3): 539–555.
38. Castle, G. Nicholas, Jamie C. Ferguson i Richard Schulz. 2009. Aging-Friendly Health and Long-Term-Care Services. *Journal of the American Society on Aging* 33(2): 44–50.
39. Centers for Disease Control and Prevention. 2010. *Healthy Places Terminology* (Washington, D.C.: Centers for Disease Control and Prevention).  
Dostupno na: <http://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm> (20. ožujka 2017).
40. Chappell, L. Neena, Betty Havens Dlott, Marcus J. Hollander, Jo Ann Miller i Carol McWilliam. 2004. Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist* 44(3): 389-400.
41. Chari V. Amalavoyal, John Engberg, Kristin N. Ray i Ateev Mehrotra. 2015. The opportunity costs of informal elder-care in the United States: new estimates from the American Time Use Survey. *Health Service Research* 50(3): 871–82.
42. Cheng, Sheung-Tak, Coty K. L. Lee, Alfred C. M Chan, Edward M. F. Leung i Jik-Joen Lee. 2009. Social Network Types and Subjective Well-being in Chinese Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 64(6): 713-722.
43. Cheng, Yang, Mark W. Rosenberg, Wuyi Wang, Linsheng Yang i Hairong Li. 2011. Aging, health and place in residential care facilities in Beijing, China. *Social Science & Medicine* 72: 365-372.
44. Cheng, Yang, Mark W. Rosenberg, Jie Yu i Hua Zhang. 2016. Food security for community-living elderly people in Beijing, China. *Health and Social Care in the Community* 24(6): 747–757.
45. Christensen, Kaare, Gabriele Doblhammer, Rau Roland i James W. Vaupel. 2009. Ageing populations: The challenges ahead. *The Lancet* 374(9696): 1196–1208.



46. Chow, P.H. Henry. 2012. Health Care Service Needs and Correlates of Quality of Life: A Case Study of Elderly Chinese Immigrants in Canada. *Social Indicators Research* 106: 347–358.
47. Clarity. 2007. *Attitudes of seniors and baby boomers on aging in place*. Dostupno na: [http://americareinfo.com/site/wpcontent/uploads/2009/09/Clarity\\_Aging\\_in\\_Place\\_2007.pdf](http://americareinfo.com/site/wpcontent/uploads/2009/09/Clarity_Aging_in_Place_2007.pdf) (29. svibnja 2017).
48. Cohen, E. Joel. 2011. World Population in 2050: Assessing the Projections. *Federal Reserve Bank of Boston, Conference Series, Proceedings, Boston* 83-113.
49. Cummins, A. Robert. 1996. The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social Indicators Research* (38): 303-328.
50. Cummins, A. Robert. 2000. Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research* (52): 55-72.
51. Cummins, A. Robert. 2012. The relationship between subjective wellbeing and health. In Caltabiano L. Marie & Lina A. Ricciardelli (Eds.) *Applied topics in health psychology* pp. 101–111. West Sussex. UK: John Wiley & Sons.
52. Daanesh, M. Umrigar i Rajendra S. Mhaske. 2012. Personality Differences Among the Institutionalized and Non-Institutionalized Aged. *Indian Journal of Gerontology* 26(4): 502–512.
53. Dahlan, Akehsan i Syamsul Anwar Sultan Ibrahim. 2014. Engagement in activity of interest and quality of life amongst institutionalized elderly people in Malaysia. *Indian Journal of Health and Wellbeing* 5(2): 165–171.
54. Daubenmier, E. Epel, Tobias J. Moskowitz, Susan Folkman i Elizabeth Blackburn. (2009). Can meditation slow rate of cellular aging? Cognitive stress, mindfulness, and telomeres. *Annals of the New York Academy of Sciences* (1172): 34–53.
55. Deeming, Christopher. 2009. Active ageing in practice: a case study in East London, UK. *Policy and Politics* 37(1): 93–111.
56. Deeming, Christopher. 2013. Addressing the Social Determinants of Subjective Wellbeing: The Latest Challenge for Social Policy. *Journal of Social Policy* 42(3): 541-565.
57. Dekker, Karien, Sjoerd De Vos, Sako Musterd i Ronald Van Kempen. 2011. Residential Satisfaction in Housing Estates in European Cities: A Multi-level Research Approach. *Housing Studies* 26(4): 479-499.
58. De Lima Silva, Vanessa, Caroline Addison Carvalho Xavier de Medeiros, Gerlane Coelho Bernardo Guerra, Priscila Helena Antunes Ferreira, Raimundo Fernandes

- de Arau 'jo Ju 'nior, Stphannie Jamyla de Arau 'jo Barbosa i Aurigena Antunes de Arau. 2017. Quality of Life, Integrative Community Therapy, Family Support, and Satisfaction with Health Services Among Elderly Adults with and without Symptoms of Depression. *Psychiatric Quarterly* (88): 359–369.
59. De Vlaming, Rianne, Annemien Haveman-Nies, Pieter van't Veer i Lisette CPGM de Groot. 2010. Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in noninstitutionalized elderly Dutch people. *BMC Public Health* 10:552.
60. Despot Lučanin, Jasminka, Damir Lučanin i Mladen Havelka. 2005. Kvaliteta starenja–samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja Zagreb* 15(84-85): 801-817.
61. Doty, Pamela. 2010. The Evolving Balance of Formal and Informal, Institutional and Non-Institutional Long-Term Care for Older Americans: A Thirty-Year Perspective. *Public Policy & Aging Report* 20(1): 3-9.
62. Državni Zavod za statistiku (DZS). 2013. *Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti* Dostupno na: [www.dzs.hr/Hrv\\_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf](http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf) (12. siječnja 2017).
63. Duray, Mehmet i Arzu Genç. 2017. The relationship between physical fitness and falling risk and fear of falling in community-dwelling elderly people with different physical activity levels. *Turkish Journal of Medical Sciences* (47): 455-462.
64. European Commission. 2015a. Eurostat. Dostupno na: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/population-data> (29. svibnja 2017).
65. European Commission. 2015b. The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). Dostupno na: [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2015/pdf/ee\\_3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee_3_en.pdf) (29. svibnja 2017).
66. European Commission. 2016. Employment and Social Developments in Europe. Annual Review 2016. European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. European Union.
67. Evans, W. Gary, Elyse Kantrowitz i Paul Eshelman. 2002. Housing Quality and Psychological Well-Being Among the Elderly Population. *The Journals of Gerontology Series B* 57(4): 381-383.

68. Fagerstrom, Cecilia, Cristian Balducci, Clare Wenger i Germain Weber. 2007. Life satisfaction and associated factors among people aged 60 years and above in six European countries. *Applied Research in Quality of Life* (2): 33–50.
69. Farber, Nicholas i Douglas Shinkle. 2011. *Aging in place: A state survey of livability policies and practices*, AARP. Public Policy Institute.
70. Feder, Judy i Harriet L. Komisar. 2012. The importance of federal financing to the nation's long-term care safety net. Georgetown University. SCAN Foundation 8-14. Dostupno na:  
[https://www.thescanfoundation.org/sites/default/files/georgetown\\_importance\\_federal\\_financing\\_ltc\\_2.pdf](https://www.thescanfoundation.org/sites/default/files/georgetown_importance_federal_financing_ltc_2.pdf) (06. kolovoza 2018).
71. Felce, David i Jonathan Perry. 1995. Quality of life: A contribution to its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities* 16(1): 51-74.
72. Felmlee, Diane in Anna Muraco. 2009. Gender and Friendship Norms Among Older Adults. *Research on Aging* 31(3): 318-344.
73. Fernandez-Caro, Celia, Juan Antonio Modenes i Jeroen Spijker. 2015. Living conditions as predictor of elderly residential satisfaction. A cross-European view by poverty status. *European Journal of Ageing* 12(3): 187-202.
74. Fields, I. Noelle, Keith A. Anderson i Holly Dabelko-Schoeny. 2011. Ready or Not: Transitioning from Institutional Care to Community Care. *Journal of Housing For the Elderly* (25): 3–17.
75. Fonseca, M. António, Constança Paúl i Ignácio Martin. 2008. Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. *Portuguese Journal of Social Science* 7(2): 87-102.
76. Fonseca, Raquel, Arie Kapteyn, Jinkook Lee, Gema Zamarro i Kevin Feeney. 2013. Financial and subjective well-being of older Europeans U *Active ageing and solodarity between generations in Europe*, ur. Axel Börsch-Supan, Martina Brandt, Howard Litwin in Guglielmo Weber, 137-149. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co.
77. Fonseca Santos, da Ricardo Manuel, Paulo Miguel da Fonseca Santos, Vera Lúcia Dias Batista Santos i João Carvalho Duarte. 2013. A qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira. *Revista de Enfermagem Referência* III (11): 37-48.
78. Forsman, K. Anna. 2012. *The Importance of Social Capital in Later Life: Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention among Older Adults*. Doctoral thesis. Gothenburg: Nordic School of Public Health NHV.

79. Fortuño-Godes, Jesús, Myriam Guerra-Balic i Josep Cabedo-Sanromà. 2013. Health-Related Quality of Life Measures for Physically Active Elderly in Community Exercise Programs in Catalonia: Comparative Analysis with Sedentary People. *Current Gerontology and Geriatrics Research* ArticleID168482, 1-6.
80. Foster Liam i Alan Walker. 2013. Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing* 10(1): 3-10.
81. Frahm, Kathryn. 2009. *Family Support and Mental Health Care Quality in Nursing Homes Serving Residents with a Mental Health History*. Dissertation. Orlando: University of Central Florida.
82. FuturAge - project. 2013. A road Map for ageing reseach. Brussels. January 15. 2013. Dostupno na: <http://www.futurage.group.shef.ac.uk/road-map-flip-book.html> (09. kolovoza 2018).
83. Giai, Marcos. 2015. Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. (Recreational activities for institutionalized older adults at an elderly home). *Revista Cubana de Salud Pública* 41(1): 67-76.
84. Gilbert, Alana, Kathryn Colley i Deborah Roberts. 2016. Are rural residents happier? A quantitative analysis of subjective wellbeing in Scotland. *Journal of Rural Studies* 44: 37–45.
85. Gilleard, Chris. 1999. Community Care: Psychological Perspectives. In: Woods, R. T. (ed.), *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*. Chichester: Wiley.
86. Gilleard, Chris, Martin Hyde i Paul Higgs. 2007. The Impact of Age, Place, Aging in Place, and Attachment to Place on the Well-Being of the Over 50s in England. *Research on Aging* 29(6): 590-605.
87. Glass, P. Anne i Jane Skinner. 2013. Retirement Communities: We Know What They Are or Do We? *Journal of Housing for the Elderly* (27): 61-88.
88. Goharinezhad, Salime, Mohammadreza Maleki, Hamid Reza Baradaran i Hamid Ravaghi. 2016. A qualitative study of the current situation of elderly care in Iran: what can we do for the future? *Global Health Action* 2016, 9: 32156.
89. Golant, M. Stephen. 2002. Deciding where to live: The emerging residential settlement patterns of retired Americans. *Generations* 26(2): 66-73.
90. Grebenc, Vera. 2014. Understanding the needs of older People: Shifting Toward more Community Based Responses. *Revija za socialnu. politiku* 21(2): 133-160.

91. Halaweh, Hadeel, Carin Willen, Anna Grimby-Ekman i Ulla Svantesson. 2016. Physical functioning and fall-related efficacy among community-dwelling elderly people. *European Journal of Physiotherapy* 18(1): 11–17.
92. Harrell, Rodney. 2011. Housing for older adults: The impacts of the recession. *Insight on the Issues* 53 Washington DC: AARP.
93. Harris-Kojetin, Lauren, Mitu Sengupta, Esther Park-Lee i Raul Valverde. 2013. Long-term care services in the United States: Overview. *Vital and Health Statistics*. 3 (37). Dostupno na: [https://www.cdc.gov/nchs/data/nsltcp/long\\_term\\_care\\_services\\_2013.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/nsltcp/long_term_care_services_2013.pdf) (08. kolovoza 2018).
94. Harris-Kojetin L, Sengupta M, Park-Lee E. 2016. Long-term care providers and services users in the United States: Data from the National Study of Long-Term Care Providers, 2013–2014. National Center for Health Statistics. *Vital and Health Statistics* 3(38). Dostupno na: [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_03/sr03\\_038.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_038.pdf) (09. kolovoza 2018).
95. 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.
96. Hellström, Ylva, Magdalena Andersson i Ingalill R. Hallberg. 2004. Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/ or formal helpers at home or in special accommodation. *Health and Social Care in the Community* 12(6): 504–51.
97. Hernández Galiot, Ana i Isabel Goñi Cambrodón. 2015. Calidad de la dieta de la población española mayor de 80 años no institucionalizada. *Nutricion Hospitalaria* 31(6): 2571-2577.
98. Hernández-Galio, Ana i Isabel Goñi. 2017. Adherence to the Mediterranean diet pattern, cognitive status and depressive symptoms in an elderly non-institutionalized population. *Nutricion Hospitalaria* 34(2): 338-344.
99. Herrera Ponce, María Soledad, Raúl Pedro Elgueta Rosas i María Beatriz Fernández Lorca. 2014. Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Revista de Saude Publica* 48(5): 739-749.

100. Higo, Masa i Hafiz TA Khan. 2015. Global population aging: Unequal distribution of risks in later life between developed and developing countries. *Global Social Policy* 15(2): 146–166.
101. Hill, L. Patrick, Nicholas A. Turiano, Daniel K. Mroczek i Anthony L Burrow. 2016. The value of a purposeful life: Sense of purpose predicts greater income and net worth. *Journal of Research in Personality* 65(2016): 38-42.
102. Hlebec, Valentina, Andrej Srakar i Boris Majcen. 2016. Care for the Elderly in Slovenia: A Combination of Informal and Formal Care. *Revija za socialnu politiku* 23(2): 159-179.
103. Hodge, Gerald. 2008. *The Geography of Aging*. Montreal, Canada: McGill-Queen's University Press.
104. Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith i Bradley J. Layton. 2010. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine* 7(7).  
Dostupno na:  
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>  
(14. kolovoza 2018).
105. Hong, Song Iee, Hasche Leslie i Bowland Sharon. 2009. Structural relationships between social activities and longitudinal trajectories of depression among older. *Gerontologist* 49(1): 1–11.
106. Horowitz, P. Beverly i Elizabeth Vanner. 2010. Relationships Among Active Engagement in Life Activities and Quality of Life for Assisted-Living Residents. *Journal of Housing For the Elderly* 24(2): 130–150.
107. Hrozenska, Martina. 2011. Long-Term Care for Older People in the Slovak Republic: Current Problem and Urgent Challenge. *Revista de Asistentia Socijala* X (2): 89-100.
108. Hui-Chuan, Hsu i Ho-Jui Tung. 2010. What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health* 14(7): 851–860.
109. Hui, Eddie Chi Man i Ka Hung Yu. 2009. Residential mobility and aging population in Hong Kong. *Habitat International* 33(1): 10-14.
110. Iecovich, Ester. 2014. Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks* 20(1): 21-33.

111. Janse, Benjamin, Robert Huijsman, Willemijn Mijntje Looman i Isabelle Natalina Fabbricotti. 2018. Formal and informal care for community-dwelling frail elderly people over time: A comparison of integrated and usual care in the Netherlands. *Health & Social Care in the Community* 26(2): 280-290.
112. Japec, Lidija i Zoran Šućur. 2007. *Kvaliteta života u Hrvatskoj – Regionalne nejednakosti*. UNDP Croatia. First edition. Zagreb.
113. Jimenez-Redondo, Susana, Beatriz Beltran de Miguel, Javier Gomez-Pavon i Carmen Cuadrado Vives. 2014. Institutionalized nonagenarians health-related quality of life and nutritional status: is there a link between them? *Nutricion Hospitalaria* 30(3): 602-608.
114. Joongbaeck, Kim. 2010. Neighborhood disadvantage and mental health: The role of neighborhood disorder and social relationships. *Social Science Research* 39(2): 260-271.
115. Kabat-Zinn, Jon. 2014. Meditation is not for the faint-hearted. *Mindfulness* 5(3): 341–344.
116. Kallstrand-Eriksson, Jeanette, Amir Baigi, Nina Buer i Cathrine Hildingh. 2012. Perceived vision-related quality of life and risk of falling among community living elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Science* (27): 433–439.
117. Kane, A. Rosalie. 2012. Thirty Years of Home- and Community-Based Services: Getting Closer and Closer to Home. *Journal of the American Society on Aging* 36(1): 6-13.
118. Kanevetci, Zuhai i Hakan Yaman. 2018. Health Needs of Elderly People at Primary Health Care Centers in Antalya, Turkey. *World Family Medicine* 16(5): 4-9.
119. Kapferer, Elisabeth Isabell Gstach, Andreas Koch i Clemens Sedmak. 2017. *Rethinking Social Capital: Global Contributions from Theory and Practice*. Cambridge Scholars Publishing.
120. Katz, Jeanne, Caroline Holland, Sheila Peace i Emily Taylor. 2011. *A Better Life: what older people with high support needs value*. York: Joseph Rowntree Foundation. ISBN 978-1-85935-907-5. Dostupno na: <https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/older-people-and-high-support-needs-full.pdf> (29. svibnja 2017).

121. Kaye, H. Stephen, Mitchell P. LaPlante i Charlene Mitchelli Harrington. 2009. Do Noninstitutional Long-Term Care Services Reduce Medicaid Spending? *Health Affairs* 28(1): 262 -272.
122. Keenan, A. Teresa. 2010. *Home and community preferences of the 45+population*. Washington, DC: AARP. 1-10 . Dostupno na: <https://assets.aarp.org/rgcenter/general/home-community-services-10.pdf> (09. svibnja 2018).
123. Kemp, L. Candace, Mary M. Ball, Carole Hollingsworth i Molly M. Perkins. 2012. Strangers and Friends: Residents' Social Careers in Assisted Living. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 67(4): 491-502.
124. Kesalkheh, Saleh i Hashem Dadashpoor. 2012. Assessment Residential Environmental Quality of Traditional and New Neighborhoods, in a Rapid Grown City, Teheran, 1-12. *New and Traditional Residential Environments, 48<sup>th</sup> ISOCARP Congress 2012*.
125. Kochera, Andrew i Thomas Guterbock. 2005. *Beyond 50.05 A Report to the Nation on Livable Communities: Creating Environments for Successful Aging* Washington, D.C.: AARP.
126. Kokkonen, Kaija, Sari Rissanen i Anneli Hujala. 2012. The match between institutional elderly care management research and management challenges - a systematic literature review. *Health Research Policy and Systems* 10:35.
127. Koutsogeorgou, Eleni, John Kenneth Davies, Kay Aranda, Anastasia Zissi, Maria Chatziikou, Milda Cerniauskaite, Rui Quintas, Alberto Raggi i Matilde Leonardi. 2014. Healthy and active ageing: social capital in health promotion. *Health Education Journal* 73(6): 627-641.
128. Kvamme, Jan-Magnus, Jan Abel Olsen, Jon Florholmen i Bjarne K. Jacobsen. 2011. Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: The Troms study. *Quality of Life Research* (20): 575–582.
129. Laferrère, Anne, Aaron Van den Heede, Karel Van den Bosch i Joanna Geerts 2013. Entry into institutional care: predictors and alternatives U *Active ageing and solodarity between generations in Europe*, ur. Axel Börsch-Supan, Martina Brandt, Howard Litwin in Guglielmo Weber, 253-265. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co.



130. Lansing , B. John i Robert W. Marans. 1969. Evaluation of Neighborhood Quality, *Journal of the American Institute of Planners* 35(3): 195-199.
131. Latorre Román, Pedro Angel, Felipe Garcia-Pinillos, Jose Antonio Huertas Herrador, Cezar Barba i Magdalena Muñoz Jiménez. 2014. Relationship between sex, body composition, gait speed and body satisfaction in elderly people. *Nutricion Hospitalaria* 30(4): 851-857.
132. Lawson, W. Shaun, David Nutter i Peter Wilson. 2007. Design of Interactive Technology for Ageing In Place. U *Universal Access in Human Computer Interaction. Coping with Diversity*, ur. Constantine Stephanidis, 960-967. Berlin – Heidelberg: Springer.
133. Lee, Eunsil i Nam-Kyu Park. 2010. Housing Satisfaction and Quality of Life among Temporary Residents in the United States. *Housing and Society* 37(3): 43-67.
134. Leith, H. Katherine. 2006. Home is where the heart is or is it? A phenomenological exploration of the meaning of home for older women in congregate housing. *Journal of Aging Studies* (20): 317-333.
135. Li, Yueh-Ping, Sang-I Lin i Ching-Huey Chen. 2011. Gender Differences in the Relationship of Social Activity and Quality of Life in Community-Dwelling Taiwanese Elders. *Journal of Women & Aging* 23: 305–320.
136. Lima-Costa, Fernanda, Carolina De Oliveira, James Macinko i Michael Marmot. 2012. Socioeconomic inequalities in health in older adults in Brazil and England. *American Journal of Public Health* 102(8): 1535–41.
137. Lima-Costa, Fernanda, Juliana V. M. Mambrini, Sérgio V. Peixoto, Deborah C. Maltaand i James Macinko. 2013. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey. 2013. *International Journal for Equity in Health* 15:137.
138. Litwin, Howard i Kimberly J. Stoeckel. 2013. Confidant Network Types and Well-Being Among Older Europeans. *The Gerontologist* 54(4): 762-772.
139. Lončar, Ivana i Mladen Lončar. 2017. Zdravlje i seksualnost osoba treće životne dobi. *Socijalna psihijatrija* 45(4): 254–261.
140. Lovreković, Marija i Zdravka Leutar. 2010. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija Zagreb* 19(1): 55-79.

141. Lulić, Mira i Ivana Rešetar Čulo. 2013. Social exclusion and the rights of older persons. Faculty of Law. J.J.Strossmayer University of Osijek. *Contemporary Legal and Economic Issues* (IV): 65-93.
142. Lundgren Eva. 2000. Homelike Housing for Elderly People–Materialized Ideology. *Housing, Theory and Society* 17: 109–120.
143. Lunsford, Beverly i Danielle Janes. 2016. Engaging Older Adults to Build Social Capital. *Journal of Nursing and Health Care* 3(1): 97-104.
144. Luppá, Melanie, Steffi G. Riedel-Heller, Tobias Luck, Birgitt Wiese, Hendrik van den Bussche, Franziska Haller, Melanie Sauder, Edelgard Moosch, Michael Pentzek, Anja Wolny, Marion Eisele, Thomas Zimmermann, Hans-Helmut König, Wolfgang Maier i Horst Bickel. 2010. Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47(2): 263-270.
145. Luthy, Christophe, Christine Cedraschi, Anne-Francoise Allaz, Francois R. Herrmann i Catherine Ludwig. 2015. Health status and quality of life: results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research* 24:1687–1696.
146. Marmot, Michael i Ruth Bell. 2012. Fair society, healthy lives. *Public Health* 126(1): 4-10.
147. McCamish-Svensson, Cheryl, Gillis Samuelsson, Bo Hagberg, Torbjörn Svensson i Ove Dehlin. 1998. Informal and formal support from a multi-disciplinary perspective: a Swedish follow-up between 80 and 82 years of age. *Health and Social Care in the Community* 7(3): 163–176.
148. McHugh, Louise, Ana Simpson i Phil Reed. 2010. Mindfulness as a potential intervention for stimulus over-selectivity in older adults. *Research in Developmental Disabilities* 31(1): 178– 184.
149. McLaughlin, Deirdre, Dimitrios Vagenas, Nancy A. Pachana, Nelufa Begum i Annette Dobson. 2010. Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. *Journal of Health Psychology* 15(5): 671-679.
150. Means, Robin i Simon Evans. 2012. Communities of place and communities of interest? An exploration of their changing role in later life. *Aging and Society* 32(8): 1300–1318.

151. Meija, T. Shannon. 2014. *Social Regulatory Processes in Adulthood: Responding to Change and Variability in Proximal and Distal Social Forces*. Dissertation. Corvallis: Oregon State University.
152. Meisenhelder, B. Janice. 2003. Gender differences in religiosity and functional health in the elderly. *Geriatric Nursing*, 24(6): 343–348.
153. Menec, Verena. 2003. The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58(2): 74–82.
154. Mesec, Blaž. 1998. Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu. Visoka šola za socialno delo, Ljubljana.
155. Mestheneos, Elizabeth. 2011. Ageing in Place in the European Union. *Global Ageing* 7(2): 17-24.
156. MetLife Mature Market Institute. 2009. *Housing for the 55+market: Trends and insights on boomers and beyond*. Westport. CT: Author.
157. Mhaske, S. Rajendra. 2008. Some Personality Factors, Ways of Coping and Mental Health among Institutionalized Aged. Unpublished Ph. D thesis, University of Pune.
158. Milosavljević, Ljubica. 2015b. Ljubav u treće doba: Partnerski odnosi korisnika domova za stara lica i strategije delovanja. In *Ethnological Forum/Etnoloska Tribina* 45(38): 97–107.
159. Ministarstvo socijalne politike i mladih. 2013a. Katalog prava i usluga – starije i nemoćne osobe. Zagreb: MSPM. Dostupno na: <http://www.mspm.hr/istaknute-teme/osobe-s-invaliditetom-i-starije-i-nemocne-osobe/starije-inemocne-osobe/prava-starijih-osoba-u-sustavu-socijalne-skrbi/220> (05. rujna 2017).
160. Ministarstvo socijalne politike i mladih. 2015a. *Pružatelji usluga za starije osobe*. Zagreb: MSPM. Dostupno na: <http://www.mspm.hr/adresar-ustanova/1673> (05. rujna 2017).
161. Ministarstvo socijalne politike i mladih. 2015d. *Izvešće o provedbi strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2016. godine za 2014. godinu*. Zagreb: MSPM.
162. Mišljenje odbora regija. Aktivno starenje: inovacija – pametno zdravlje – bolji život. 2014. *Revija za socijalnu politiku* 21(2): 255-264.

163. Mohammadi, Mahboobeh., Mousa Alavi, Masoud Bahrami i Zahra Zandieh. 2017. Assessment of the Relationship between Spiritual and Social Health and the Self-Care Ability of Elderly People Referred to Community Health Centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 22(6): 471–475.
164. Mohammadinia, Neda, Mohammad Ali Rezaei i Foroozan Atashzadeh-Shoorideh. 2017. Elderly peoples experiences of nursing homes in Bam city: A qualitative study. *Electronic Physician* 9(8): 5015-5023.
165. Mokhtari, Fatemeh i Nowshad Ghasemi. 2010. Comparison of Elderlyly “Quality of Life and mental health living in nursing homes and members of retired club of Shiraz city. *Iranian Journal of Ageing* 5(18): 53-63.
166. Moore, Adam i Peter Malinowski. 2009. Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition* 18(1): 176–186.
167. Morone, N. Escuela, Lynch S. Christopher, Murcia C. Greco, Hilary A. Tindle i Debra D. Weiner. 2008. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *The Journal of Pain* 134(3): 310-319.
168. Mundra, Kusum i Amarendra Sharma. 2014. Housing Quality Gap for Minorities and Immigrants in the U.S.: Evidence from the 2009 American Housing Survey. *IZA Discussion Paper No. 8038*, 1-25. Bonn: IZA.
169. Muramatsu Naoko i Richard T. Campbell. 2002. State Expenditures on Home and Community Based Services and Use of Formal and Informal Personal Assistance: A Multilevel Analysis. *Journal of Health and Social Behavior* 43(3): 107-124.
170. Murayama, Hiroshi, Mariko Nishi, Eri Matusi, Yu Nofuji, Yumiko Shimizu, Yu Tanigauchi, Yoshinori Fujiwara i Shoji Shinkai. 2013. Do bonding and bridging social capital affect self-rated health, depressive mood and cognitive decline in older Japanese? A prospective cohort study. *Social Science & Medicine* 98: 247-252.
171. Murayama, Norio, Tadashi Endo, Koichiro Inaki, Shinsai Sasaki, Yuko Fukase, Kazumi Ota, Eizo Iseki i Hirokuni Tagaya. 2016. Characteristics of depression in community-dwelling elderly people as indicated by the tree-drawing test. *Psychogeriatrics* 16: 225–232.
172. Murphy, Kathy, Eamon O’Shea, Adeline Cooney, Agnes Shiel i Margaret Hodgins. 2014. Improving Quality of Life for Older People in Long-Stay Care

- Settings in Ireland. *National Council on Ageing and Older People*. Dostupno na: [http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/93\\_Imp\\_QoL\\_Long\\_Stay\\_Care.pdf](http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/93_Imp_QoL_Long_Stay_Care.pdf) (10. prosinca 2018).
173. Musembwa, Stephen Katumba i Paul Souren. 2012. Social Networks: Cultural Diversity, Trust and Social Capital. Proceedings of the Eighteenth Americas Conference on Information Systems, Seattle, Washington, 9-12. August.
  174. Nagesh, Jamwal. 2016. Psychosocial Consequences among Elderly Living In Institutional and Non-Institutional Settings. *The International Journal of Indian Psychology* 4(1): 25-31.
  175. Nakamura, Misa, Hiroshi Hashizume, Sachiko Nomura, Ryohei Kono i Hirotooshi Utsunomiya. 2017. The Relationship between Locomotive Syndrome and Depression in Community-Dwelling Elderly People *Current Gerontology and Geriatrics Research* Article ID 4104802: 1-6.
  176. Neff, D. Kristin i Germer K. Chris. 2013. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology* (00): 1–17.
  177. Newcomer, Robert, Charlene Harrington i Robert Kane. 2002. Challenges and Accomplishments of the Second Generation Social Health Maintenance Organization. *Gerontologist* 42(6): 843-852.
  178. Nezlek, B. John, Deborah S. Richardson, Laura R. Green i Elizabeth C. Schatten-Jones. 2002. Psychological well-being and day-to-day social interaction among older adults. *Personal Relationships* 9(1): 57-71.
  179. Nidhi, Jaswal i Sukhbir Singh. 2014. Perceived Social Support Among Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly in Chandigarh (India). *Indian Journal of Gerontology* 28(3): 372–384.
  180. Noguchi, Masayuki, Toshihide Iwase, Etsuji Suzuki, Yoko Kishimoto i Soshi Takao. 2014. Social support and suicidal ideation in Japan: are home visits by commissioned welfare volunteers associated with a lower risk of suicidal ideation among elderly people in the community? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* (49): 619–627.
  181. O'Boyle, A. Ciaran. 1994. The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). *International Journal of Mental Health* (23): 3-23.

182. Ostbye, Truls, Rahul Malhotra i Angelique Chan. 2009. Thirteen Dimensions of Health in Elderly Sri Lankans: Results from a National Sri Lanka Aging Survey. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(8): 1376-1387.
183. Paiva, Maria Monique, Elzani Rafaela Sobral i Vilma Villarouco. 2015. The Elderly and Environmental Perception in Collective Housing. *Procedia Manufacturing* 3: 6505-6512.
184. Perez-Blasco, Josefa, Alicia Sales, Juan C. Meléndez i Teresa Mayordomo. 2016. The Effects of Mindfulness and Self-Compassion on Improving the Capacity to Adapt to Stress Situations in Elderly People Living in the Community. *Clinical Gerontologist* 39(2): 90–103.
185. Petrak, Olivera, Jasminka Despot Lučanin i Damir Lučanin. 2006. Kvaliteta starenja - neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku* 13(1): 37-51.
186. Phillips, Judith, Kristine Ajrouch i Sarah Hillcoat-Nalletamby. 2010. *Key Concepts in Social Gerontology*. London: Sage.
187. Powdthavee, Nattavudh. 2008. Putting a price tag on friends, relatives, and neighbours: Using surveys of life satisfaction to value social relationships. *The Journal of Socio-Economics* 37(4): 1459-1480.
188. Pruchno, A. Rachel, Maureen Wilson-Genderson, Miriam Rose i Francine Cartwright. 2010. Successful aging: early influences and contemporary characteristics. *Gerontologist* 50(6): 821-833.
189. Puljiz, Vlado. 2005. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku* 23(1): 81-98.
190. Qadri, Shuja Syed, SK Ahluwalia, Abdul Ganai, Shalender Bali, Feroz Wani, 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.
191. Rand A. Barry, CEO, AARP. 2013. Society is aging: what are we going to do about it? Keynote Speech UCLA Luskin School of Public Affairs, Los Angeles, CA. March 21: 1-11.
192. Rathnayake, Sarath i Sidiyah Siop. 2015. Quality of Life and Its Determinants among Older People Living in the Rural Community in Sri Lanka. *Indian Journal of Gerontology* 29(2): 131–153.

193. Rebelo Maria Augusta Bessa, Evangeline Maria Cardoso, Peter G. Robinson i Mario Vianna Vettore. 2016. Demographics, social position, dental status and oral health related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research* (25): 1735–1742.
194. Referentni centar MZ za zaštitu zdravlja starijih osoba – Centar za zdravstvenu gerontologiju. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/gerontologija> (23. listopada 2017).
195. Rejeski, W. Jack. 2008. Mindfulness: Reconnecting the body and mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist* (48): 135–141.
196. Riedl, Maria, Franco Mantovan i Christa Them. 2013. Being a Nursing Home Resident: A Challenge to One's Identity. *Nursing Research and Practice* 2013:9 ID 932381. 1-9.
197. Rioux, Liliane. 2010. Why do elderly people choose to live in a community home? A study among french population. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov* 3(52): 115-120.
198. Rioux, Liliane i Carol Werner. 2011. Residential satisfaction among aging people living in place. *Journal of Environmental Psychology* 31: 158-169.
199. Robinette, W. Jennifer, Susan T. Charles i Tara L. Gruenewald. 2016. Vigilance at home: Longitudinal analyses of neighborhood safety perceptions and health. *SSM – Population Health* 2(2016): 525-530.
200. Rodriguez-Blazquez, Carmen, Maria Joao Forjaz, Maria-Eugenia Prieto-Flores, Fermina Rojo-Perez, Gloria Fernandez-Mayoralas i Martin Pablo Martine. 2012. Health status and well-being of older adults living in the community and in residential care settings: Are differences influenced by age? *Aging & Mental Health* 16(7): 884–891.
201. Rosário Lopes, Anália, Michelle Damasceno Moreira, Celita Salmaso Trelha i Luciana Lozza de Moraes Marchiori. 2013. Association between complaints of dizziness and hypertension in non-institutionalized elders. *International Archives of Otorhinolaryngology* 17(2): 157-162.
202. Rosenberger-Spitzky, Angelica. 2013. Ageing and Care: Challenges and Opportunities in Social Services. In European Social Network (Eds.), Annual Review 2013. Investing in people and communities (p. 12). European Commission.
203. Russell N. James III. 2008. Residential Satisfaction of Elderly Tenants in Apartment Housing. *Social Indicators Research* 89(3): 421-437.

204. Sachiyo, Murashima i Asahara Kiyomi. 2003. The Effectiveness of the Around the-Clock In-Home Care System: Did It Prevent the Institutionalization of Frail Elderly? *Public Health Nursing* 20(1): 13–24.
205. Salleh, Abdul Ghani i Nurwati Badarulzaman. 2012. Quality of Life of Residents in Urban Neighbourhoods of Pulau Pinang, Malaysia. *Journal of Construction in Developing Countries* 17(2): 117-123.
206. Sarvimaki, Anneli. 2000. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing* 32(4): 1025-1033.
207. Seljak, Peter. 2013. Kvaliteta života starijih osoba: zdravlje kako faktor kvaliteta života u Srbiji i Sloveniji. U *Edukacija za aktivno starenje: zbornik sažetaka i određenih radova u celini*, ur. Tatjana Simović, 63-68. Čuprija: Visoka medicinska škola strukovnih studija.
208. Seljak, Peter. 2017. Pomen bivalne kakovosti za krepitev socialnega kapitala in ohranjanje socialnega konvoja starejših ljudi. Doktorska disertacija. Maribor, april 2017.
209. Seyfzadeh, Ali. 2015. Investigating the Elders' Social Health and Its Related Factors: A Case Study of Azarshahr City. *Journal of Geriatric Nursing* 1(4): 95-106.
210. Shah, Venu R., Donald S. Christian, Arpit C. Prajapati, Mansi M. Patel, K. N. Sonaliya. 2017. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 6(1): 101-105.
211. Sharan, B. Merriam i Kee Youngwha. 2014. Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults. *Adult Education Quarterly* 64(2): 128–144.
212. Shaw, A. Benjamin, Neal Krause, Jersey Liang i Joan Bennett. 2007. Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 62(2): 90-99.
213. Smith, Alistair, Lindsey Graham i Sumitha Senthilnathan. 2007. Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging and Mental Health* 11(3): 346–357.
214. Solé-Auró, Aida i Eileen M. Crimmins. 2014. Who cares? A comparison of informal and formal care provision in Spain, England and the USA. *Ageing Society* 34(3): 495–517.
215. Souza Borges, de Marina Garcia, Liliane Ribeiro da Rocha, Erica de Araújo Brandão Couto i Patrícia Cotta Mancini. 2013. Comparison of balance, depression



- and cognition in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. *Revia CEFAC* 15(5): 1073-1079.
216. Staniulienė, Sonata i Lina Januleviciene. 2016. Social services development in rural areas designing domestic help for elderly people. *Research for Rural Development* (2): 210-217.
217. Steptoe, Andrew, Angus Deaton i Arthur A. Stone. 2015. Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet* 385(9968): 640–648.
218. Stijnen, M. N. Mandy, Maria W. J. Jansen, Inge G P Duimel-Peeters i Hubertus J M Vrijhoef. 2014. Nurse-led home visitation programme to improve health-related quality of life and reduce disability among potentially frail community-dwelling older people in general practice: a theory-based process evaluation. *BMC Family Practice* 15(173): 1-14.
219. Stoeckel, J. Kimberly i Howard Litwin. 2013. Personal social networks in Europe: do people from different countries have different interpersonal solidarities? *U Active ageing and solodarity between generations in Europe*, ur. Axel Börsch-Supan, Martina Brandt, Howard Litwin in Guglielmo Weber, 277-287. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co.
220. Sudhaker, Christopher, V. Binil, S Shivakumar i Savitha Suvarna. 2013. A comparative study to assess the somatization disorder symptoms in institutionalized and non-institutionalized elderly population residing at Mangalore, Karnataka. *BFUNJ* 5(2): 39-42.
221. Takada, Junko, Kenichi Meguro, Yuko Sato, Yumiko Chiba i Kurihara Project members. 2014. Life concerns of elderly people living at home determined as by Community General Support Center staff: Implications for organizing a more effective integrated community care system. The Kurihara Project. *Psychogeriatrics* 14: 188–195.
222. Temelova, Jana i Nina Dvorakova. 2012. Residential satisfaction of elderly in the city centre: The case of revitalizing neighbourhoods in Prague. *Cities* 29: 310-317.
223. Thaweewannakij, Thiwabhorn, Sirinat Wilaichit, Renu Chuchot, Yaowaraporn Yuenyong, Jiamjit Saengsuwan, Wantana Siritaratiwat i Sugalya Amatachaya. 2013. Reference Values of Physical Performance in Thai Elderly People Who Are Functioning Well and Dwelling in the Community *Physical Therapy* 93(10): 1312-1320.

224. Timonen, Virpi, Catherine Conlon, Thomas Scharf i Gemma Carney. 2013. Family, state, class and solidarity: re-conceptualising intergenerational solidarity through the grounded theory approach. *European Journal of Ageing* 10(3): 171-179.
225. Tomas, M. Jose, Patricia Sanchoa, Juan Carlos Melendez i Teresa Mayordomo. 2012. Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health* 16(3): 317–326.
226. Tomek-Roksandić, Spomenka, Goran Perko, Diana Mihok, Ana Puljak i Hrvoje Radašević. 2005. The Importance of Centres for Gerontology of County Institutes of Public Health and Gerontology Centres in Croatia. *Medicus* 14(2): 177-193.
227. Tomek-Roksandić, Spomenka, Goran Perko, Diana Mihok, Ana Puljak, Hrvoje Radašević, Branimir Tomić i Josip Čulig. 2005. Rastuće europsko staračko pučanstvo – imperativ razvoja hrvatskog gospodarstva u 2005. U: *Ekonomska politika Hrvatske u 2005.* – Zbornik radova XII. tradicionalnog savjetovanja Hrvatskog društva ekonomista: 360-369.
228. Tomek-Roksandić, Spomenka, Goran Perko, Damir 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. U: Tomek-Roksandić, Spomenka, Josip Čulig, ur. Zagreb: *CZG ZJZGZ*. 3-31.
229. Tomek-Roksandić, Spomenka Goran Perko, Damir Mihok, Ana Puljak, Hrvoje Radašević, Ljiljana Kurtović, Branimir Tomić, Jasminka, Despot Lučanin, Dubravka Šimunović, Zvonimir Šostar i Vladimir Širanović. 2004. Gerontološki centri 2004. Zagrebački model uspješne prakse za starije ljude. (II. dopunjeno izdanje). U: Tomek-Roksandić, Spomenka, Višnja Fortuna. ur. Zagreb: *Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba*.
230. Tomek-Roksandić, Spomenka, Tomislav Benjak i Branko Kolarić. 2016. *Gerontološko javnozdravstveni pokazatelji zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu (2014.-2016.g./ popisna 2011. g.)* 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. Dostupno

- na:  
[http://www.stampar.hr/sites/default/files/Aktualno/Dogadjanja/geron\\_ljetopis\\_2016\\_web.pdf](http://www.stampar.hr/sites/default/files/Aktualno/Dogadjanja/geron_ljetopis_2016_web.pdf) (29. svibnja 2017).
231. Tomek-Roksandić, Spomenka, Branko Kolarić, Zvonimir Šostar, Ana Stavljenić-Rukavina, Nada Tomasović Mrčela, Nina Smolej Narančić, Mate Ljubičić, Stela Mravak, Marija Penava Šimac, Manuela Maltarić, Marica Lukić, Suzana Hlatki, Matijević, Dunja Durut-Beslač, Snježana Jurišić, Višnja Fortuna, Sanja Meštrić, Dalma Sajko, Katharina Lovrić, Sanja Predavec, Ivana Popek, Mirjana Lipovšćak. 2016. Socioekonomski i gerontotehnoški inovacijski programi kao doprinos razvoju srebrne ekonomije U: Jurišić S (ur). *Ekonomska politika Hrvatske u 2017*. Zagreb: Hrvatsko društvo ekonomista: 267-310.
  232. Tomek-Roksandić, Spomenka, Neven Mimica i Marija Kušan Jukić. 2016. *Alzheimerova bolest i druge demencije—rano otkrivanje i zaštita zdravlja*. Medicinska naklada. Zagreb.
  233. Torche, Florencia i Eduardo Valenzuela. 2011. Trust and reciprocity: A theoretical distinction of the sources of social capital. *European Journal of Social Theory* 14(2): 181-198.
  234. Toscano Vera i Victoria Ateca Amestoy. 2008. The relevance of social interactions on housing satisfaction. *Social Indicators Research* 86(2): 257-274.
  235. Toussaint, Janneke. 2011. *Housing wealth in retirement strategies. Towards understanding and new hypotheses*. Amsterdam: IOS Press BV.
  236. Umberson, Debra i Jennifer Karas Montez. 2010. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health Social Behavior* 51(S): 54–66.
  237. UNECE 2017. MINISTARSKA DEKLARACIJA 2017. Održivo društvo za sve dobne skupine: ostvarenje potencijala dužeg životnog vijeka. Ministarska konferencija o starenju 2017. Ured Radne skupine o starenju. Lisabon 2017.
  238. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. World Population Prospects. The 2015 Revision. United Nations. New York 2015.
  239. Ustav Republike Hrvatske. 1990. NN 56/90, 135/97, 8/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14 . Dostupno na:  
<https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske> (13. prosinca 2017).

240. Van Dijk, M. Hanna, Cramm M. Jane i Nieboer P. Anna. 2013. Social cohesion as perceived by communitydwelling older people: the role of individual and neighbourhood characteristics. *International Journal of Ageing and Later Life* 8(2): 9-31.
241. Van Poll, Ric. 1997. *The perceived quality of the urban residential Environment, a multi-attribute evaluation*. Groningen: Rijks universiteit Groningen.
242. Van Uffelen, G. Z. Jannique, Marijke J. M. Chin A Paw, Marijke Hopman-Rock i Willem van Mechelen. 2007. The effect of walking and vitamin B supplementation on quality of life in community-dwelling adults with mild cognitive impairment: a randomized, controlled trial. *Quality of Life Research* 16:1137–1146.
243. Varregoso, Isabel, Rita Machado i Marisa Barroso. 2016. A dança como contributo para a qualidade de vida de. Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais. *Revista da UIIPS* 4(1): 107-108.
244. Victor, R. Christina. 2005. *The Social Context of Ageing*. Routledge 2 Park Square, Milton Park, Abingdon. Oxon OX14 4RN. Edition published in the Taylor & Francis e-Library.
245. Vlada Republike Hrvatske. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. 2017. Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine (NN 97/2017).
246. Vogt, Gabriele. 2010. Social Capital in Japan's Aging Society. *Report* 33: 33-42.
247. Vuletić, Gorka i Davor Ivanković. 2011. Što čini osobnu kvalitetu života: studija na uzorku odrasle gradske populacije u Hrvatskoj. *Kvaliteta života i zdravlje*. Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku. 32–40.
248. Vuletić G, Misajon R.A. 2011. Subjektivna kvaliteta života. *Kvaliteta života i zdravlje*. Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku. Hrvatska zaklada za znanost. 9-16.
249. Wanderley, A.C. Flavia, Silva Gustavo, Elisa Marques, Jose Oliveira, Jorge Mota i Joana Carvalho. 2011. Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research* (20): 1371–1378.

250. Wenger, Clare G. 1997. Social networks and the prediction of elderly people at risk. *Aging & Mental Health* 1(4): 311-320.
251. Wenger, G. Clare, Pearl A. Dykstra, Tuula Melkas i Kees C. P. M. Knipscheer. 2013. Social Embeddedness and Late-Life Parenthood: Community Activity, Close Ties, and Support Networks. *Journal of Family Issues* 28(11): 1419-1456.
252. Wiles, Janie. 2005. Conceptualising place in the care of older people: The contributions of geographical gerontology. *International Journal of Older People Nursing* 14: 100–108.
253. Wiles, L. Janine, Annette Leibing, Nancy Guberman, Jeanne Reeve i Ruth E. S. Allen. 2011. The Meaning of “Aging in Place” to Older People *The Gerontologist* 52(3): 357–366.
254. World Health Organization. 1996. Programme on mental health. *WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Field Trial Version.
255. World Health Organization. 1998. Development of the World Health Organization *WHOQOL BREF quality of life assessment*. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine* 28(3): 551-558.
256. Zeidan, Gordon, Susan Johnson, Bruce J. Diamond, Zhana David i Paula Goolkasian. 2010. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition* (19): 597–605.
257. Zhao Chanjuan, Liping Wong, Qing Zhu i Hao Yang. 2018. Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: A community-based survey in Haikou. *PLOS ONE* 13(6): e0199006.
258. 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.
259. Živoder, Ivana, Damir Poljak, Melita Sajko i Jurica Veronek. ur. 2015. *Procjena kvalitete života starijih osoba s obzirom na institucionalnu i izvaninstitucionalnu skrb*. Maribor: Znanost in kultura za zdravo društvo. Alma Mater Europaea –ECM.

## PRILOZI

### Prilog A: Dozvola Gradskog ureda za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom



REPUBLIKA HRVATSKA  
GRAD ZAGREB  
GRADSKI URED ZA SOCIJALNU ZAŠTITU  
I OSOBE S INVALIDITETOM

KLASA: 550-01/18-01/52  
URBROJ: 251-17-14/4-18- 2  
Zagreb, 5. veljače 2018.

IVANA ŽIVODER  
ivana.zivoder@unin.hr

**PREDMET:** Istraživanje „Procjena kvalitete života starijih osoba  
u institucionalnoj i izvaninstitucionalnoj skrbi u gradu Zagrebu“  
- mišljenje, dostavlja se

Poštovana,

Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom zaprimio je Vašu zamoľbu za odobrenjem provođenja istraživanja u Domovima za starije osobe Maksimir i Sveta Ana Zagreb te gerontološkim centrima istih.

Temeljem zamoľbe i druge dostavljene dokumentacije, utvrđuje se sljedeće:

Ivana Živoder apsolvantica je doktorskog studija socijalne gerontologije na ALMA MATER EUROPAEA – EVROPSKI CENTER, u Mariboru. U svrhu izrade doktorske disertacije pod nazivom „Procjena kvalitete života starijih osoba u institucionalnoj i izvaninstitucionalnoj skrbi grada Zagreba“, imenovana bi provodila istraživanje u gore navedenim domovima i gerontološkim centrima. Osnovna svrha i cilj istraživanja je ispitati zadovoljstvo kvalitetom života osoba u institucionalnoj i izvaninstitucionalnoj skrbi u gradu Zagrebu.

Istraživanje bi se provodilo na uzorku od 180 ispitanika u dobi od 65 do 75 godina, bez teŕeg tjelesnog invaliditeta ili teŕih tjelesnih, kognitivnih ili psihičkih oboljenja (malignomi, demencije, psihoze i sl.). Istraživanje će biti komparativno, organizirano kao usporedba triju skupina: osobe koje koriste usluge gerontološkog centra, osobe koje žive u domu za starije osobe te osobe koje žive u vlastitom kućanstvu, a ne koriste usluge u zajednici. U svakoj, od navedene tri skupine, ispitat će se po 60 osoba, od čega 30 žena i 30 muškaraca. Podaci će se prikupljati u Domovima za starije osobe Maksimir i Sveta Ana Zagreb i pripadajućim gerontološkim centrima te u ordinaciji liječnika obiteljske medicine u Domu zdravlja ŕeljezničar, a ispitanici će se odabirati po principu probabilističkog izbora. U istraživanju će se koristiti prilagođeni upitnik koji se sastoji od sljedećih cjelina: demografski i socio-ekonomski pokazatelji, upitnik kvalitete života WHOQOL-BREF i upitnik o korištenju usluga gerontološkog centra. Istraživanje je dobrovoljno i anonimno te će se svi podaci prikupljeni u istom obrađivati i koristiti na naćim kojim se osigurava sigurnost i zaštita identiteta ispitanika, uz pridržavanje etićkih načela te propisa struke.

S obzirom na nedostatna istraživanja na ovu temu, mišljenja smo kako će provedba ovog istraživanja dati bolji uvid u samoprocjenu kvalitete života starijih osoba u sve tri usporedne skupine kao i smjernice za unaprjeđenje usluga za starije osobe u zajednici, a sve s ciljem poboljšavanja kvalitete života starijih osoba.

Slijedom navedenog, podržavamo provedbu istraživanja „Procjena kvalitete života starijih osoba u institucionalnoj i izvaninstitucionalnoj skrbi u gradu Zagrebu“.

S poštovanjem,



**O TOME OBAVLJEST:**

1. Dom za starije osobe Maksimir  
dom.maksimir@zg.t-com.hr
2. Dom za starije osobe Sveta Ana Zagreb  
dsno.ravnateljica@gmail.com

## Prilog B: Dozvola SZO za korištenje upitnika WHOQOL- BREF

### User Agreement for "WHOQOL-100" and/or WHOQOL-BREF and related materials

This agreement is between the World Health Organization ("WHO") and IVANA ŽIVODER. WHO hereby grants the User a nonexclusive, royalty-free license to use the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and/or related materials (hereafter referred to as "WHOQOL-100" or "WHOQOL-BREF") in User's study outlined below. The term of this User Agreement shall be for a period of 1 year, commencing on (date) March - April 2018.

The approved study for this User Agreement is:

Study Title	QUALITY ASSESSMENT OF LIVING OF ELDERLY PEOPLE IN INSTITUTIONAL AND COMMUNITY CARE IN THE ZAGREB CITY
Principal Investigator	Ivana Živoder, RN, PhD Student
Sample characteristics	Elderly people in institutional and community
Sample size	180
Treatment Intervention	assessment
Total number of assessments	1
Assessment time points	2018.
"WHOQOL-100" or WHOQOL-BREF version – Please specify language version(s) you would like to receive.	WHOQOL - BREF CROATIAN LANGUAGE VERSION
Other measures	

This User Agreement is based upon the following conditions:

1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the WHOQOL-100 or BREF in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization, or administration procedures, of the WHOQOL-100 or BREF. If User thinks that changes are necessary for its work, or if translation is necessary, User must obtain written approval from WHO in advance of making such changes.
2. User shall not reproduce WHOQOL-100 or BREF, except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own uses and shall in no event distribute copies of the WHOQOL-100 or BREF to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. In addition, User agrees that it will not use the WHOQOL-100 or BREF for any purpose other than conducting studies as specified above, unless agreed in writing by WHO. In any event, the WHOQOL-100 or BREF should not be used for research or clinical purposes without prior written authorization from WHO.



3. User agrees to provide WHO with an annual update regarding activities related to the WHOQOL-100 or BREF.

4. User agrees to provide WHO with a complete copy of User's raw data and data code books, including the WHOQOL-100 or BREF and any other instruments used in the study. This data set must be forwarded to WHO upon the conclusion of User's work. While User remains the owner of the data collected in User's studies, these data may be used in WHO analyses for further examining the psychometric properties of the WHOQOL-100 or BREF. WHO asserts the right to present and publish these results, with due credit to the User as the primary investigator, as part of the overall WHOQOL-100 or BREF development strategy.

5. WHO shall be responsible for preparing and publishing the overall WHOQOL-100 or BREF results under WHO copyright, including:

- a. the overall strategy, administrative set-up and design of the study including the instruments employed;
- b. common methods used by two or more Users;
- c. the data reported from two or more Users ;
- d. the comparisons made between the data reported from the Users;
- e. the overall findings and conclusions.

6. User shall be responsible for publications concerning information developed exclusively by User and methods employed only by User. Publications describing results obtained by User will be published in User's name and shall include an acknowledgement of WHO. User agrees to send to WHO a copy of each such paper prior to its submission for publication.

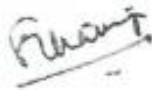
7. WHO may terminate this User Agreement at any time, in any event. Should WHO terminate this User Agreement, User shall immediately cease all use of the WHOQOL100 or BREF and destroy or return all copies of the WHOQOL-100 or BREF. In the event of such termination, all other collateral materials shall be destroyed and no copy thereof shall be retained by User. Notwithstanding the return or destruction of the WHOQOL-100 or BREF and its collateral materials, User will continue to be bound by the terms of this User Agreement.

8. It is understood that this User Agreement does not create any employer/employee relationship. User and its affiliates are not entitled to describe themselves as staff members of WHO. User shall be solely responsible for the manner in which work on the project is carried out and accordingly shall assume full liability for any damage arising therefrom. No liability shall attach to WHO, its advisers, agents or employees.

---

Please confirm your agreement with the foregoing by signing and returning one copy of this letter to WHO, whereupon this letter agreement shall become a binding agreement between User and WHO.

WHO:



Dr. Somnath Chatterji  
Health Statistics and Health Information Systems (HSI)  
World Health Organization  
Avenue Appia  
Geneva 27  
CH 1211 Switzerland

Date:

USER:

By: Title: Ivana Živoder, PhD Student  
Institution: Lecturer  
Address: UNIVERSITY NORTH  
Department of Nursing  
104 brigade 3, 42 000 Varaždin  
Date: Croatia  
10.01.2018



## Prilog C: Dozvola Etičkog povjerenstva Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar



ETIČKO POVJERENSTVO

Zagreb, 06.09.2018.

Klasa: 011-01/18-01/01

Urbroj: 381-10-18-17

Etičko povjerenstvo Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" je na svojoj elektronskoj sjednici održanoj 06.09.2019. godine u 12,00 je raspravljalo prijedlog prospektivnog epidemiološkog istraživanja pod naslovom: „Percepcija kvalitete života starijih osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi u gradu Zagrebu“.

Istraživanje će se provesti u Domu za starije i nemoćne osobe Maksimir, Domu za starije osobe sv. Ana s pripadajućim gerontološkim centrima te Domu zdravlja Centar u svrhu izrade doktorske disertacije Ivane Živoder, dipl. med. techn. pod mentorstvom doc. dr. sc. Spomenke Tomek Roksandić, prim. dr. med. U istraživanje će biti uključene osobe nastanjene u gradu Zagrebu, u dobi 65 godina i više, bez težeg tjelesnog invaliditeta ili težih kognitivnih ili psihičkih oboljenja (malignomi, demencije, psihoze i sl.). Uzorkom će ukupno biti obuhvaćeno 180 ispitanika podijeljenih u tri kategorije: osobe koje koriste usluge gerontološkog centra, osobe koje žive u domu za starije osobe i osobe koje žive u kućanstvu, a ne koriste usluge u zajednici. U svakoj od navedene tri kategorije će se ispitati po 60 osoba, od čega 30 muškaraca i 30 žena.

Etičko povjerenstvo je donijelo

### ODLUKU

Odobrava se prospektivno epidemiološko istraživanje „Percepcija kvalitete života starijih osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi u gradu Zagrebu“.

<b>Naziv ispitivanja:</b>	Percepcija kvalitete života starijih osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi u gradu Zagrebu
<b>Glavni ispitivači i ustanove u kojima će se neintervencijsko ispitivanje provoditi:</b>	Ivana Živoder, dipl. med. techn., Sveučilište sjever doc. dr. sc. Spomenka Tomek Roksandić, prim. dr. med, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

Obrazloženje:

Plan istraživanja je dobro obrazložen, pregled dosadašnjih objavljenih radova sa sličnom temom je naveden. Podaci o ispitanicima su anonimizirani. Nema etičkih zamjerki.



Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" • Mirogojska cesta 16 • HR-10000 Zagreb  
Tel.: +385 1 46 96 111 • Fax: +385 1 64 14 006 • info@stampar.hr • www.stampar.hr  
OIB: 33392005961 • IBAN: HR 3023400091100159915, PBZ d.d. Zagreb



Pregledom dokumentacije koja je predana Etičkom povjerenstvu, utvrđeno je kako je istraživanje u skladu s Helsinškom deklaracijom o etičkim načelima za medicinska istraživanja, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti («Narodne novine», broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 83/13 159/13, 22/14 - O i RUSRH, 154/14, 70/16 i 131/17) i Pravilnikom o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi («Narodne novine», broj 25/15) te Zakonu o zaštiti prava pacijenata («Narodne novine», broj 169/04, 37/08).

Nazočni članovi Etičkog povjerenstva:

- prof. dr. sc. Josip Čulig, prim. dr. med.
- doc. dr. sc. Vanja Tešić, dr. med.
- prof. dr. sc. Jasna Bošnjir, dipl. ing.
- prof. dr. sc. Branko Kolarić, dr. med.
- Suzana Vukomanović, dipl. iur.

PREDSJEDNIK ETIČKOG POVJERENSTVA:



prof. dr. sc. Josip Čulig, prim. dr. med.

Dostaviti:

1. Ivana Živoder, dipl. med. techn., Mate Lovraka 27, 10 000 Zagreb
2. Etičko povjerenstvo Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“
3. Pismohrana

## Prilog D: Anketni upitnik

### ANKETNI UPITNIK

Poštovane/Poštovani!

Pred Vama je upitnik za procjenu kvalitete života. Anketa je anonimna te Vas molimo da sudjelujete u istraživanju i odgovorite na ponuđena pitanja. U pitanjima nema točnih i netočnih odgovora, a birate odgovor koji Vam je najprikladniji. Ispunjavanje upitnika traje oko 30 minuta. Korištenje podataka bit će u skladu sa zakonom o zaštiti podataka i koristit će se samo u svrhu istraživanja. Zahvaljujemo na suradnji!

<b>P1. Spol</b> Označite sa (x). <table border="1"><tr><td>Muški</td><td>Ženski</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Muški	Ženski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>P2. Obrazovanje</b> Označite sa (x). <table border="1"><tr><td>Osnovna škola</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Srednja strukovna škola (trogodišnja)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Srednja škola</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Viša škola</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Visoka škola</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Magisterij</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Doktorat</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Osnovna škola	<input type="checkbox"/>	Srednja strukovna škola (trogodišnja)	<input type="checkbox"/>	Srednja škola	<input type="checkbox"/>	Viša škola	<input type="checkbox"/>	Visoka škola	<input type="checkbox"/>	Magisterij	<input type="checkbox"/>	Doktorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>P3. Bračno stanje</b> Označite sa (x). Neoženjen/neudata Oženjen/ udata Udovac/udovica Rastavljen/rastavljena U izvanbračnoj zajednici
Muški	Ženski																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Osnovna škola	<input type="checkbox"/>																					
Srednja strukovna škola (trogodišnja)	<input type="checkbox"/>																					
Srednja škola	<input type="checkbox"/>																					
Viša škola	<input type="checkbox"/>																					
Visoka škola	<input type="checkbox"/>																					
Magisterij	<input type="checkbox"/>																					
Doktorat	<input type="checkbox"/>																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<b>P4. Dob</b>	<b>P5. Radni staž</b>																					
<b>P6. Trenutno živite s:</b> Označite sa (x) ili upišite: Bračnim partnerom Djetetom/djecom Unukom/unucima Sam/sama Drugo _____	<b>P7. Gdje živite:</b> Označite sa (x). U vlastitom prostoru U prostoru djece/unuka U Domu za starije osobe U podstanarstvu Drugo _____	<b>P8. Materijalno stanje</b> Označite sa (x). Mnogo lošije od prosjeka Nešto lošije od prosjeka Prosječno Nešto bolje od prosjeka Mnogo bolje od prosjeka																				
<b>P9. Vaš mjesečni prihod</b> Označite sa (x). do 1000 HRK od 1100 do 2000 HRK od 2100 do 4000 HRK od 4100 do 5500 HRK više od 5600 HRK	<b>P10. Zdravstveno stanje</b> Označite sa (x). Loše Zadovoljavajuće Dobro Vrlo dobro Odlično	<b>P11. Pokretnost/samostalnost</b> Označite sa (x). Loša Zadovoljavajuća Dobra Vrlo dobra Odlična																				

Navedena pitanja pomažu nam otkriti kakvo je Vaše stajalište o kvaliteti Vašeg života, zdravlju i drugim područjima koja utječu na Vaš život. Odaberite odgovor koji Vam se čini najprikladniji. Molim Vas pridržavajte se svojih standarda, nada, želja i interesa. Ako niste sigurni kod odgovora pojedinih pitanja u tom slučaju izaberite odgovor koji je najbliži vašem mišljenju. Često je to odgovor koji vam prvi padne na pamet. Ispitujemo Vas o Vašem životu u zadnjih 14 dana.

		Jako loše	Loše	Ni dobro ni loše	Dobro	Jako dobro
<b>P12.</b>	<b>Kako biste ocijenili kvalitetu Vašeg života?</b>	1	2	3	4	5

		Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Zadovoljan	Jako zadovoljan
<b>P13.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni Vašim zdravljem?</b>	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja odnose se na Vaš osobni doživljaj određenih stvari u Vašem životu zadnjih 14 dana.

		Nimalo	Malo	Umjereno	Većinom	Potpuno
<b>P14.</b>	<b>Koliko Vas Vaše fizičko stanje sprječava da radite ono što morate?</b>	1	2	3	4	5
<b>P15.</b>	<b>U kojoj mjeri Vam je potrebna medicinska pomoć za svakodnevni život?</b>	1	2	3	4	5
<b>P16.</b>	<b>Koliko uživate u životu?</b>	1	2	3	4	5
<b>P17.</b>	<b>Smatrate li da Vaš život ima smisla?</b>	1	2	3	4	5
<b>P18.</b>	<b>Koliko se dobro možete koncentrirati?</b>	1	2	3	4	5
<b>P19.</b>	<b>Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?</b>	1	2	3	4	5
<b>P20.</b>	<b>Smatrate li okolinu u kojoj živite zdravom?</b>	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja odnose se na Vaše iskustvo tijekom zadnjih 14 dana, koliko je ono bilo potpuno, odnosno koliko ste određene stvari bili sposobni učiniti.

		Nimalo	Malo	Umjereno	Većinom	Potpuno
<b>P21.</b>	<b>Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?</b>	1	2	3	4	5
<b>P22.</b>	<b>Jeste li sposobni prihvatiti svoj fizički izgled?</b>	1	2	3	4	5
<b>P23.</b>	<b>Imate li dovoljno novaca za Vaše potrebe u životu?</b>	1	2	3	4	5
<b>P24.</b>	<b>Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne za svakodnevni život?</b>	1	2	3	4	5
<b>P25.</b>	<b>Koliko mogućnosti imate za slobodne aktivnosti?</b>	1	2	3	4	5

		Vrlo slabo	Slabo	Ni slabo ni dobro	Dobro	Jako dobro
<b>P26.</b>	<b>Koliko se dobro snalazite u okolini?</b>	1	2	3	4	5
		Vrlo nezadovoljan	Nezadovoljan	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	Zadovoljan	Vrlo zadovoljan
<b>P27.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?</b>	1	2	3	4	5
<b>P28.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću kojom obavljate životne aktivnosti?</b>	1	2	3	4	5
<b>P29.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni svojom sposobnošću za rad?</b>	1	2	3	4	5
<b>P30.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni samim sobom?</b>	1	2	3	4	5
<b>P31.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni svojim osobnim vezama s drugim ljudima?</b>	1	2	3	4	5

<b>P32.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?</b>	1	2	3	4	5
<b>P33.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni potporom od strane prijatelja?</b>	1	2	3	4	5
<b>P34.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni uvjetima mjesta u kojem živite?</b>	1	2	3	4	5
<b>P35.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni blizinom zdravstvenih ustanova?</b>	1	2	3	4	5
<b>P36.</b>	<b>Koliko ste zadovoljni javnim prijevozom?</b>	1	2	3	4	5

Sljedeće pitanje odnosi se na Vaše osjećaje tijekom zadnjih 14 dana.

		Nikada	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek
<b>P37.</b>	<b>Koliko često imate negativne misli, loše ste volje, patite od očajja, tjeskobe i depresije?</b>	1	2	3	4	5

**P38. Ukoliko postoje, navedite probleme u Vašem životu koji utječu na Vaše zadovoljstvo i kvalitetu života?**

---



---



---



---

**P39. Što bi trebalo promijeniti i koje aktivnosti bi trebalo poduzeti kako bi Vam se poboljšala kvaliteta života?**

---



---



---



---



Sljedeća pitanja namijenjena su korisnicima usluga gerontološkog centra. Molim, zaokružite Vaš odgovor.

**P40. Kako ste dobili informaciju o uslugama gerontološkog centra?**

- a) u domu za starije osobe
- b) od prijatelja
- c) u lokalnoj zajednici (općina, mjesna zajednica)
- d) u medijima
- e) slučajno

**P41. Koliko dugo koristite usluge gerontološkog centra?**

- a) manje od tri mjeseca
- b) šest mjeseci
- c) jednu godinu
- d) više godina

**P42. U gerontološki centar sam se uključio/la :**

- a) odmah nakon umirovljenja
- b) od tri do šest mjeseci nakon umirovljenja
- c) godinu dana nakon umirovljenja
- d) nekoliko godina nakon umirovljenja

**P43. Koje usluge gerontološkog centra koristite? (moguće više odgovora)**

43.1 Pomoć u zadovoljavanju egzistencijalnih potreba:

- pomoć u kući (obavljanje kućanskih poslova, održavanje osobne higijene)
- posudionica ortopedskih pomagala.

43.2 Savjetovališni rad i zdravstvenu preventivu:

- savjetovanje (socijalno, psihološko, zdravstveno, pravno)
- organizacija tribina i predavanja.

43.3 Sportsko-rekreativne aktivnosti:

- medicinska gimnastika (vježbe protiv osteoporoze, inkontinencije i dr.)
- aerobne vježbe.

43.4 Kulturno-zabavne i radno-kreativne aktivnosti:

- pjevački zbor, plesne večeri, dramsko-recitatorske grupe...
- likovne, keramičke radionice
- tečajevi korištenja osobnog računala.

**P44. Koliko često koristite usluge?**

- a) svaki dan
- b) jednom tjedno
- c) od dva do tri puta tjedno
- d) jednom mjesečno

**P45. Od kada koristite usluge gerontološkog centra osjećate se:**

- a) vrlo nezadovoljno
- b) nezadovoljno
- c) ni zadovoljno ni nezadovoljno
- d) zadovoljno
- e) jako zadovoljno

**P46. Vaša kvaliteta života je od kada koristite usluge gerontološkog centra:**

- a) vrlo loša
- b) loša
- c) dobra
- d) vrlo dobra
- e) odlična

**P47. Mislite li da su dovoljno dostupne informacije o uslugama za starije osobe u zajednici?**

- a) da
- b) možda
- c) ne
- d) ne znam

**Zahvaljujemo na sudjelovanju!**

# IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER  
EUROPAEA  
ECM

07

## IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Živoder Ivana
Vpisna številka	31143012
Študijski program	Socialna gerontologija
Naslov zaključnega dela:	PERCEPCIJA KVALITETE ŽIVOTA STARIJIH OSOBA U INSTITUCIJSKOJ I IZVANINSTITUCIJSKOJ SKRBI U GRADU ZAGREBU
Naslov v angleščini:	PERCEPTION OF QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PEOPLE IN INSTITUTIONAL AND COMMUNITY CARE IN THE CITY OF ZAGREB
Mentor:	doc.dr.sc. Spomenka Tomek - Roksandić
Somentor:	prof. dr. Rok Ovsenik
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom PERCEPCIJA KVALITETE ŽIVOTA STARIJIH OSOBA U INSTITUCIJSKOJ I IZVANINSTITUCIJSKOJ SKRBI U GRADU ZAGREBU 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 plagijatorstvo – 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 IVANA ŽIVODER 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:

10. 02. 2019.

Podpis študent/ke:

# IZJAVA LEKTORA



O6

## POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

Mira Ščurić,

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

profesor hrvatskog jezika i književnosti,

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

Ivane Živoder,

z naslovom:

Percepcija kvalitete života starijih osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi u gradu Zagrebu

Kraj: Zagreb

Datum: 4. veljače 2019.

Podpis: \_\_\_\_\_