



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet - Studijski centar socijalnog rada
Poslijediplomski specijalistički studij Psihosocijalnog
pristupa u socijalnom radu

Kristina Leventić

**PERCEPCIJA ZDRAVLJA I
ZADOVOLJSTVO KVALITETOM ŽIVOTA
KORISNIKA U DOMU ZA STARIJE I
NEMOĆNE OSOBE OSIJEK**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2023.



Sveučilište u Zagrebu

Pravni fakultet - Studijski centar socijalnog rada
Poslijediplomski specijalistički studij Psihosocijalnog
pristupa u socijalnom radu

Kristina Leventić

**PERCEPCIJA ZDRAVLJA I
ZADOVOLJSTVO KVALITETOM ŽIVOTA
KORISNIKA U DOMU ZA STARIJE I
NEMOĆNE OSOBE OSIJEK**

SPECIJALISTIČKI RAD

Mentorica: prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2023.



University of Zagreb

Faculty of Law - Social Work Study Center
Postgraduate specialist study of psychosocial approach in
social work

Kristina Leventić

**PERCEPTION OF HEALTH AND
SATISFACTION WITH THE QUALITY OF
LIFE OF USERS IN NURSING HOME
OSIJEK**

SPECIALIST PAPER

Supervisor: prof. dr. sc. Marina Ajduković

Zagreb, 2023.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. STARENJE I STAROST	2
<i>1.1.1. Teorije starenja</i>	3
<i>1.1.2. Fiziologija starenja</i>	5
1.1.2.2. Vid.....	5
1.1.2.3. Sluh	6
1.1.2.4. Kardiovaskularni sustav	6
1.1.2.5. Respiratorni i neurološki sustav	6
1.1.2.6. Mentalno zdravlje	6
1.2. DEPRESIJA	7
1.3. KVALITETA ŽIVOTA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	9
1.4. INSTITUCIONALNA SKRB OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	10
2. CILJEVI I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA	13
3. METODOLOGIJA	15
3.1. ISPITANICI	17
3.2. TESTIRANJE HIPOTEZA	20
4. REZULTATI	22
4.1. PROCJENA ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U DOMU (HIPOTEZA H1)	22
4.2. ODNOS ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U DOMU I SOCIO-DEMOGRAFSKIH FAKTORA (HIPOTEZA H2)	24
4.3. PROCJENA RAZLIČITIH ASPEKATA ZDRAVLJA KORISNIKA DOMA (HIPOTEZA H3)	26
4.4. ODNOS PROCJENE RAZLIČITIH ASPEKATA VLASTITOG ZDRAVLJA S DOBI, BRAČNIM STATUSOM I POKRETLJIVOSTI KORISNIKA (HIPOTEZA H4)	30
4.5. ODNOS PROCJENE RAZLIČITIH ASPEKATA VLASTITOG ZDRAVLJA I ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U DOMU (HIPOTEZA H5)	31
5. RASPRAVA	32
5.1. PRAKTIČNE IMPLIKACIJE	34
5.2. NEDOSTATCI I MOGUĆA PROŠIRENJA ISTRAŽIVANJA	35

O MENTORICI:

Prof. dr. sc. Marina Ajduković rođena je 29. ožujka 1958. godine u Osijeku, doktorirala psihologiju (1986.), znanstveni magisterij iz psihologije (1982.) te diplomu profesora psihologije i sociologije (1980.) stekla je na Sveučilištu u Zagrebu, Filozofski fakultet.

Zapošljava se 1985. na katedri Pravnog fakulteta, Studijski centar socijalnog rada. 2002. godine je postala redovita profesorica u trajnom zvanju. U nastavnoj karijeri razvila je i uvela veći broj kolegija na Studiju socijalnog rada i Studiju prava na Pravnom fakultetu u Zagrebu, te kao vanjski suradnik na Studiju psihologije u Zagrebu i Osijeku.

Od 2012. godine nastavno djeluje isključivo na matičnoj instituciji:

Nositelj kolegija Integrativni socijalni rad, Socijalni rad i mladi društveno neprihvatljivog ponašanja i Nasilje u bliskim odnosima na Studijskom centru socijalnog rada Pravnog fakulteta u Zagrebu

Nositelj kolegija Sudska psihologija na Pravnom studiju Pravnog fakulteta u Zagrebu

Nositelj kolegija Psihologija u javnoj upravi na Studiju javne uprave Pravnog fakulteta u Zagrebu.

Pokretač i voditeljica prvog Poslijediplomskog studija iz socijalnih djelatnosti koji se odvija od 2002. godine pod nazivom Poslijediplomski studij iz teorije i metodologije socijalnog rada.

Od 2006. godine voditeljica je Poslijediplomskog specijalističkog studija iz supervizije i iz psihosocijalnog pristupa u socijalnom radu te Doktorskog studija iz socijalnog rada i socijalne politike.

Mentorica je brojnih završnih i diplomskih radova, doktorata znanosti, znanstvenih magisterija i specijalističkih radova. Bila je predstojnica Studijskog centra socijalnog rada, Katedre za teoriju i metode socijalnog rada te Zavoda za socijalni rad.

Od 1995. do 2020. godine bila je glavna i odgovorna urednica časopisa Ljetopis socijalnog rada, koji je pod njezinim vodstvom ušao u sve značajne međunarodne baze podataka. Osim u nizu domaćih, aktivni je član i uglednih međunarodnih stručnih udruženja. Vodila je na nacionalnoj razini međunarodne znanstvene projekte.

Prof. dr. sc. Marina Ajduković je objavila niz autorskih knjiga, uredničkih knjiga, obrazovnih materijala, poglavlja u knjigama, preko sto radova u časopisima, nekoliko radova u zbornicima skupova, te preko sto sažetaka sa skupova. Dugogodišnja je suradnica UNICEF-a u zagovaranju dobrobiti djece i ujedno jedan od osnivača Društva za psihološku pomoć te je tako provela i razvila brojne edukacije za pomagače.

Dobitnica je nekoliko nagrada i priznanja: Nagrada Ramira Bujasa za osobito vrijedno znanstveno djelo za knjigu „Psihosocijalni pristup u grupnom radu“ (1997. godine), Nagrada Hrvatskog psihološkog društva „Marko Marulić“ za osobit doprinos primijenjenoj psihologiji (2003. godine), Grb i pečat grada Hrvatska Kostajnica za doprinos u povezivanju lokalne zajednice (2004. godine), „Godišnja nagrada za promicanje prava djeteta“ Sabora RH za promicanje najboljeg interesa djece u javnoj skrbi (2009. godine), nagrade Hrvatskog društva za superviziju i organizacijski razvoj „Vrijeme supervizije“ (2018. godine) za doprinos razvoju supervizije u Hrvatskoj, Počasna nagrada Hrvatske udruge socijalnih radnika „Tatjana Marinić“ za posebne zasluge i doprinos profesiji socijalnog rada (2019.) te Nagrada Sabora Republike Hrvatske za životno djelo za promicanje prava djeteta (2019.).

Prof. dr. sc. Marina Ajduković jedna je od vodećih stručnjakinja u području profesionalnog stresa, prevencije, sagorijevanja i uvođenja supervizije kao načina skrbi za stručnjake i osiguravanje kvalitete rada.

SAŽETAK

Na kvalitetu života u domovima za starije i nemoćne osobe utječe niz čimbenika, uključujući razinu skrbi koju pruža osoblje, fizičko okruženje i prilike za društvenu interakciju i angažman. Baveći se tim čimbenicima, domovi za starije i nemoćne osobe mogu osigurati da njihovi korisnici uživaju u visokoj kvaliteti života. Osim navedenog s kvalitetom života svakako su povezane i socio-demografske karakteristike kao što su prihod, društveni život, obrazovanje i aktivnosti u slobodno vrijeme. Cilj rada je istražiti percepciju korisnika Doma o zadovoljstvu kvalitetom života u Domu i njihovom zdravlju te dati preporuke za unapređenje usmjereno na bolju kvalitetu života u Domu.

SUMMARY

Quality of life in nursing homes is influenced by a number of factors, including the level of care provided by staff, the physical environment, and opportunities for social interaction and engagement. By addressing these factors, nursing homes can ensure that their residents enjoy a high quality of life. In addition to the above, socio-demographic characteristics such as income, social life, education and leisure activities are certainly related to the quality of life. The aim of the paper is to investigate the perception of the users of the Home about satisfaction with the quality of life in the Home and their health, and to give recommendations for improvement aimed at a better quality of life in the Home.

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja, Kristina Leventić izjavljujem da sam autor/ica specijalističkog rada pod nazivom Percepcija zdravlja i zadovoljstvo kvalitetom života korisnika u Domu za starije i nemoćne osobe Osijek.

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad isključivo rezultat mog vlastitog istraživačkog rada
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, koje koristim, jasno navedeni i označeni u tekstu, te u popisu literature.

U Zagrebu, prosinac 2023. godine

Potpis autora/ice: Kristina Leventić

1. UVOD

Danas je sve veći broj starijih članova društva jer se prosječno trajanje života produljuje. S obzirom na navedeno, briga o starijoj populaciji trebala bi biti jedan od najbitnijih javno-zdravstvenih zadataka (Šilje i Sindik, 2013). Gerontologija, riječ koja potječe od grčkih riječi „geron“ (što znači starac ili stariji) i „logos“ (što znači „znanost“ ili „istraživanje“) jest znanost koja se posvećuje proučavanju starosti, starenja i starijih osoba. Početno su se gerontolozi najviše usredotočili na medicinske aspekte starenja ali s vremenom su u svoj pristup uključili i spoznaje iz područja sociologije, psihologije i demografije. Danas, gerontologija uključuje i interdisciplinarni pristup surađujući s različitim granama znanosti. U društvenim znanostima, posebno je značajna grana nazvana socijalna gerontologija, koja se fokusira na socijalne i društvene aspekte starenja i starijih osoba (Mali i Štambuk, 2019).

Kvalificirane ustanove za njegu domovi za starije i nemoćne osobe primarni su izvor institucionalne skrbi za osobe starije životne dobi (Mollica, 2001). Domovi za starije i nemoćne osobe predstavljaju ustanove koje pružaju skrb osobama starije životne dobi i nemoćnim osobama koje nisu unutar vlastite obitelji. U sklopu stalnog smještaja osiguravaju skrb koja u cijelosti obuhvaća stanovanje, prehrambene potrebe, održavanje osobne higijene, proces njege, brigu o zdravlju, radnu aktivnost te upotrebu slobodnog vremena (Tomek-Roksandić i sur., 2015). Kao što je prethodno navedeno produljeni životni vijek značajno povećava prevalenciju bolesti i invaliditeta povezanih sa starenjem što ograničava sposobnost samozbrinjavanja starijih osoba. Jedna od mogućih alternativa svakako je smještaj u domu za starije i nemoćne osobe (Tse, 2007).

Preseljenje i život u dom za starije i nemoćne osobe podrazumijeva promjenu životnog okruženja što može dovesti do smanjene socijalizacije s obitelji i zajednicom, smanjenja tjelesne aktivnosti i povećane percepcije usamljenosti (Tse, 2010). Prema Grek (2008) preseljenje i život u domu za starije teško je iskustvo za pojedine ljude, posebice za one koji su se prethodno borili s lošim zdravljem, boli, socijalnim te materijalnim ograničenjima. Osim promjene fizičkog okruženja i razine tjelesne aktivnosti, starije osobe u domovima za starije suočavaju se s promjenama u svakodnevnoj životnoj rutini, društvenim mrežama i podršci (Tse, 2010). Važno je istaknuti kako negativni osjećaji o životu u domu za starije i nemoćne osobe imaju štetne učinke na zdravstveno stanje korisnika što dovodi do loše kvalitete života. Istraživanjem Tse (2007) utvrđeno je kako su opći dojmovi o domovima za starije osobe negativni. Uključivali su gubitak slobode, poteškoće u prilagodbi rutine, načinu života i

životnom okruženju u domu za starije i nemoćne koji je ispunjen bolesnim osobama i „čudnim“ starcima; strah od svađa s ostalim korisnicima i osobljem, osjećaj napuštenosti od strane članova obitelji, osjećaj nesigurnosti, usamljenosti i depresije, strah od pogoršanja zdravlja i blizine smrti. S druge strane Mollica (2001) ističe kako su osobe koje su prethodno bile usamljene zadovoljne kvalitetom života u domu.

Usprkos općenito nepovoljnim dojmovima o domovima za starije osobe, u Hrvatskoj postoji značajan interes za uslugom institucionalnog smještaja. Stoga je sustavno unapređivanje institucionalnog smještaja od velikog značaja. U istraživanju o potrebama starijih osoba u sustavu socijalne skrbi u Hrvatskoj autora Štambuk, Skokandić i Penava Šimac (2022) koje je obuhvatilo 3001 sudionika iz svih županija, identificirane su ključne potrebe. Najveća potreba starijih osoba je za uslugom pomoći u kući, no također postoji značajan interes za institucionalnim smještajem. Zanimljivo je da su otkrivene razlike u potrebama ovisno o veličini mjesta prebivališta, što sugerira da ruralna i urbanizirana područja imaju različite potrebe i izazove u vezi s pružanjem skrbi za starije stanovnike. Ovi empirijski podaci imaju ključnu ulogu u oblikovanju strateških mjera u području socijalne skrbi kako bi se osigurala i unaprijedila kvaliteta života starije populacije. Razumijevanje njihovih potreba i preferencija omogućava bolje usmjeravanje resursa i politika te pružanje skrbi prilagođene specifičnim zahtjevima starijih osoba u Hrvatskoj.

1.1. STARENJE I STAROST

Starenje je univerzalni proces koji je započeo nastankom života prije otprilike 3,5 milijarde godina (Harman, 2006).

U relevantnoj literaturi postoji veliki broj definicija starenja, neke od njih su:

»»Starenje je proces intrinzičnog propadanja koji se odražava na populaciju kao povećanje vjerojatnosti smrti i smanjenje stvaranja potomstva« (Partridge i Gems 2002).

»Starenje je progresivna akumulacija različitih, štetnih promjena koje s vremenom povećavaju mogućnost bolesti i smrti« (Harman 2006).

»Starenje je nepovratan oblik dugotrajnog zaustavljanja staničnog ciklusa, uzrokovan prekomjernim intracelularnim ili izvanstaničnim stresom ili oštećenjem« (Dodig, Čepelak i Pavić, 2019).

Galić i sur. (2013) starenje definiraju kao progresivni, postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava.

Iako su na prvi pogled različite, vidljiva je poveznica između navedenih definicija u smislu »propadanja« organizma i smrti.

Osim starenja i starost je definirana na različite načine u različitim kontekstima i za različite društvene skupine. Prema Thane (2003) starost je definirana kronološki, funkcionalno ili kulturološki. Kronološka starost vezana je uz birokratske pogodnosti, odnosno uspostavljanje dobnih granica za prava i dužnosti (npr. odlazak u mirovinu). O funkcionalnoj starosti govori se kada pojedinac ne može obavljati zadatke koji se od njega/nje očekuju (npr. plaćeni posao). Kulturna starost nastupa kada pojedinac »izgleda staro« prema normama zajednice i tretira se kao star.

Kada je riječ o dobnj granici za starost važno je istaknuti kako u literaturi ne postoji univerzalna dob koja bi bila prihvaćena kao prag starosti. Mišljenja su različita te čak ni među znanstvenicima nema konsenzusa. Prema Freitas, de Queiroz i Sousa (2010) s demografskog stajališta u osnovi se pristupa starosti kroz brojčana ograničenja. Brojke koje karakteriziraju starost variraju od 60 do 65 godina. Starost se prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji dijeli na: ranu (65 - 74 godine), srednju (75- 84 godine) i duboku starost (od 85 i više godina) (Duhović, 2016).

1.1.1. Teorije starenja

Postoje različite teorije starenja. Najčešće se dijele na: biološke, psihološke i sociološke teorije.

Prema Galić i sur. (2013) biološke teorije su: genetske teorije starenja (teorija pogreške, teorija somatske mutacije, teorija programiranog starenja), fiziološka teorija starenja (teorija slobodnih radikala), teorija promjene funkcije organa i mnoge druge. Genetske teorije starenja u literaturi se najčešće spominju u dvije glavne kategorije: programirane i teorije pogreške. Programirane teorije impliciraju da starenje slijedi biološki raspored, nastavak onog koji regulira rast i razvoj u djetinjstvu. Teorija pogreške temeljena je na ideji da se greške mogu pojaviti u transkripciji sinteze deoksiribonukleinske kiseline (DNK) koje posljedično uzrokuju kumulativnu štetu na različitim razinama kao uzrok starenja (Jin, 2010). Teorija slobodnih radikala sastavnica je fiziološke teorije starenje. Prema

navedenoj teoriji starenje je posljedica djelovanja slobodnih radikala¹ na biomolekule što kao rezultat uzrokuje bolest i smrt (Trevisan i sur., 2019). Teorija promjena funkcija organa temeljena je na činjenici kako svi vitalni organi počinju gubiti neke funkcije starenjem. Promjene starenjem događaju se u svim tjelesnim stanicama, tkivima i organima, a te promjene utječu na funkcioniranje svih tjelesnih sustava (Schaum i sur., 2020).

Za razliku od Galić i sur., (2013) prema Škarić Jurić (2019) biološke teorije starenja mogu se svrstati u dvije osnovne skupine:

- Stohastička teorija
- Teorija programiranog starenja

»Stohastičke, ili teorije oštećenja ili pogreške, drže da je starenje posljedica trošenja sustava kao odraz oštećenja koja se akumuliraju tijekom života. Za starenje kao posljedicu propadanja (entropije) koja zahvaća sve sustave od primarne je važnosti utjecaj okoliša koji stvara kumulativna oštećenja različite razine« (Škarić Jurić, 2019).

Suprotno od stohastičke teorije, teorija programiranog starenja opisuje starenje kao funkcionalan proces razvijen zahvaljujući evoluciji. Najjednostavnije rečeno ova teorija govori o namjernom starenju tzv. programatsko starenje. Prema navedenoj teoriji starenje ovisi o promjenama u ekspresiji gena i rezultat je serijskog uključivanja i isključivanja određenih gena (Škarić Jurić, 2019).

Psihološke teorije starenja nude različite perspektive na organizaciju i dezorganizaciju ponašanja tijekom ljudskog života. Charlotte Bühler je 1930-ih uspoređivala psihički razvoj s biološkim, ali njezina ideja općeg opadanja u starosti nije prihvaćena. Carl Gustav Jung ističe da starenje može donijeti dobitke, posebice nakon 40. godine, kada se osoba okreće sebi i traži smisao života. Robert Havighurst opisuje razvojne zadatke starosti, dok Erik Erikson, u okviru cjeloživotne teorije razvoja, ističe važnost integriteta u starosti, povezanog s ostvarenjem životnih ciljeva. Neostvareni ciljevi mogu rezultirati očajem i neprihvatanjem vlastite starosti (Galić i sur., 2013).

Sociološke teorije proučavaju promjene u odnosu između pojedinca i društva tijekom starenja, uključujući transformacije u socijalnim aktivnostima, interakcijama i socijalnim ulogama. Fokusiraju se na utjecaj društva i kulture na starenje pojedinaca, istražujući kako društveni kontekst oblikuje iskustva starijih osoba. Osim toga, proučavaju kako starenje pojedinaca može utjecati na društvo, oblikujući dinamiku zajednice i društvenih struktura (Galić i sur., 2013).

¹ vrlo nestabilne molekule ili atomi koji u vanjskoj ljusci imaju jedan ili više nesparenih elektrona

1.1.2. Fiziologija starenja

Fiziološke promjene nastaju prilikom starenja u svim organskim sustavima. Prema Harman (2006) akumulacija različitih štetnih promjena uzrokovanih starenjem u stanicama i tkivima progresivno oštećuje funkciju i na kraju može uzrokovati smrt. Promjene uslijed starenja mogu se pripisati razvoju, genetskim defektima, okolišu, bolesti i urođenom procesu, odnosno procesu starenja. Promjene se očituju u izgledu kože, ona postaje opuštena, naborana i istanjena (Plećaš, Živković i Potparević, 2009). Proces starenja karakteriziran je i povećanjem ukupne tjelesne masne mase i popratnim smanjenjem nemasne mase kao i gustoće kostiju (osteoporoza) (Ponti i sur., 2020). Još neke od promjena su: produženo refleksno vrijeme, slabljenje fizičkih sposobnosti, smanjenje pojedinih funkcija pamćenja, smanjenje seksualne aktivnosti te funkcionalno smanjenje čula (vid, sluh, miris). Iako sva tkiva i organi stare važno je istaknuti kako se uslijed procesa starenja smanjuje aktivnost imunološkog sustava, pluća i bubrega, te dolazi do endokrinih i kardiovaskularnih promjena (Plećaš, Živković i Potparević, 2009). S navedenim se slažu Ponti i sur. (2020) koji ističu kako su glavne bolesti povezane sa starenjem: kardiovaskularne bolesti, bolesti pluća, moždani udar, dijabetes tipa 2 i osteoporoza.

1.1.2.1. Koža

Starenje kože dio je prirodnog ljudskog starenja. Dok su znakovi starenja unutarnjih organa maskirani, koža pruža prve očite tragove vremena koje prolazi. Starenje kože složen je biološki proces pod utjecajem kombinacije unutarnjih (genetika, stanični metabolizam, hormoni i metabolički procesi) i vanjskih (kronična izloženost svjetlu, zagađenje, ionizirajuće zračenje, kemikalije, toksini) čimbenika (Ganceviciene i sur., 2012).

1.1.2.2. Vid

Strukturne promjene u oku uzrokuju oštećenje vida na blizinu u dobi od otprilike 40 godina, a kasnije u životu uzrokuju smanjenje oštine vida zbog promjena leće i retine. Vizualni parametri koji se mijenjaju sa starenjem uključuju oštrinu vida, kontrastnu osjetljivost, vidno polje i brzinu vizualne obrade. Promjene ovih parametara vida imaju značajan utjecaj na kvalitetu života (Owsley, Ghate, Kedar, 2018).

1.1.2.3. Sluh

Oštećenje sluha povezano je s brojnim zdravstvenim problemima, uključujući ubrzani pad kognitivnih sposobnosti, depresiju, povećan rizik od demencije, lošiju ravnotežu, padove, hospitalizacije i ranu smrtnost. Tu su i društvene implikacije, poput smanjene komunikacije, društvene izolacije, smanjene sposobnosti vožnje i sl. (Davis i sur., 2016).

1.1.2.4. Kardiovaskularni sustav

Dob igra ključnu ulogu u pogoršanju kardiovaskularne funkcionalnosti što rezultira povećanim rizikom od kardiovaskularnih bolesti kod starijih odraslih osoba. Navedeno potvrđuje istraživanje Američkog udruženje za srce koje pokazuje kako je incidencija kardiovaskularnih bolesti kod muškaraca i žena u SAD-u 40% u dobi od 40 do 59 godina, 75% u dobi od 60 do 79 godina i 86% u dobi iznad 80 godina (Rodgers i sur.,2019).

1.1.2.5. Respiratorni i neurološki sustav

Cho i Stout-Delgado (2020) ističu kako je prirodno starenje pluća povezano s molekularnim i fiziološkim promjenama koje uzrokuju promjene u funkciji pluća, smanjenu plućnu remodelaciju i regenerativni kapacitet. Također, promjene u staničnoj funkciji i međustanične interakcije rezidentnih plućnih stanica i sustavnih imunoloških stanica doprinose većem riziku od povećane osjetljivosti na infekcije i razvoja kroničnih bolesti kao što su kronične opstruktivne plućne bolesti i intersticijske plućne fibroze.

Starenje je naj snažniji nepromjenjivi čimbenik rizika za incidentni moždani udar koji se udvostručuje svakih 10 godina nakon 55. godine života. Otprilike tri četvrtine svih moždanih udara događa se kod osoba starijih od 65 godina (Yousufuddin i Young, 2019).

1.1.2.6. Mentalno zdravlje

Mnoge starije odrasle osobe osjećaju da ih pamćenje ne služi tako dobro kao kad su bili mlađi. Procjene pamćenja od strane Nyberg i sur. (2012.) dale su diferenciraniju sliku. Kao prvo autori su uvidjeli kako subjektivne pritužbe na pamćenje mogu jače korelirati sa stanjima raspoloženja nego s objektivnim performansama pamćenja. Važno je istaknuti kako

nisu svi oblici ljudskog pamćenja jednako pogođeni starošću. Što se tiče semantičkog² pamćenja ono se smatra najuščuvanijim u procesu starenja. Kratkotrajno³ pamćenje također se može relativno malo promijeniti od rane do kasne odrasle dobi. Epizodno⁴ pamćenje smatra se oblikom dugotrajnog pamćenja koje pokazuje najveći stupanj opadanja povezanog sa starenjem, a slijedi ga radno pamćenje⁵.

Osim problema s pamćenje kako ljudi stare mogu doživjeti određene životne promjene koje utječu na njihovo mentalno zdravlje kao što je suočavanje s ozbiljnom bolešću ili gubitak voljene osobe. Iako će se mnogi ljudi prilagoditi ovim životnim promjenama neki mogu doživjeti osjećaje tuge, društvene izolacije ili usamljenosti. Kada ti osjećaji potraju mogu dovesti do mentalnih bolesti kao što su depresija i tjeskoba (Hand i sur., 2020).

1.2. DEPRESIJA

Depresija je čest problem među starijim osobama, no važno je istaknuti kako klinička depresija nije normalan dio starenja (Fiske, Wetherell i Gatz, 2009). Prema Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (2023) »*depresija je bolest koju karakteriziraju poremećaji raspoloženja kao što su dugotrajna tuga, nesposobnost uživanja u ranije ugodnim stvarima ili aktivnostima i duševna bol.*

Postoje mnoge stvari koje mogu biti čimbenici rizika za depresiju. Kod nekih osoba promjene u mozgu mogu utjecati na raspoloženje i rezultirati depresijom. Drugi mogu doživjeti depresiju nakon velikog životnog događaja, poput medicinske dijagnoze ili smrti voljene osobe. Ponekad se oni koji su pod velikim stresom mogu osjećati depresivno, dok pojedine osobe mogu postati depresivne bez jasnog razloga (NIH, 2020). S navedenim se slažu Rodda, Walker i Carter (2011) koji navode kako su glavni čimbenici rizika za depresiju u kasnoj životnoj dobi: popratne fizičke bolesti, kognitivno oštećenje, funkcionalno oštećenje, nedostatak ili gubitak bliskih društveni kontakata i prethodna depresija.

U idealnom slučaju dijagnoza se temelji na kliničkom razgovoru, promatranju pacijentova ponašanja i razgovora s rodbinom i skrbnicima (Rodda, Walker, Carter, 2011). Otkrivanje depresije u kasnoj životnoj dobi učinkovitije je kada se u obzir uzmu predisponirajući čimbenici rizika. Predisponirajući čimbenici uključuju prethodnu kliničku depresiju, fizičke i kronične bolesti koje onesposobljavaju (npr. cerebrovaskularna bolest),

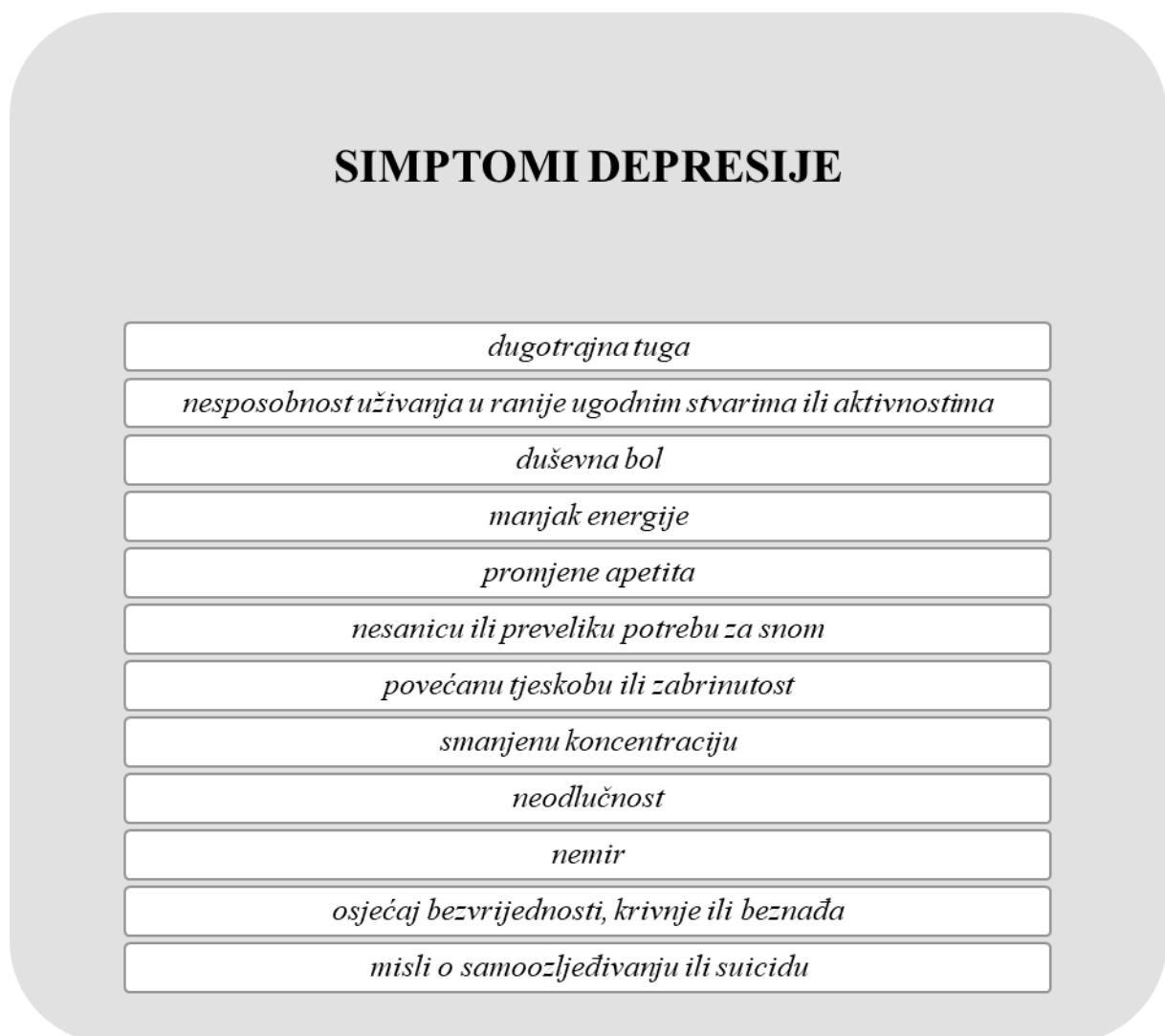
² pohranjuje znanje o riječima, pravilima bontona i ponašanja, pojmovima određenog predmeta, radnje i sl.

³ služi za privremeno zadržavanje i manipuliranje informacijama

⁴ uključuje prisjećanje određenih životnih iskustava

⁵ mentalni radni prostor koji služi za aktivno zadržavanje i manipuliranje informacijama

problematičnu upotrebu tvari (uključujući više lijekova i alkohol) i trajne poteškoće sa spavanjem. Psihosocijalni predisponirajući čimbenici rizika uključuju ženski spol, osobine ličnosti kao što su ovisnost, udovac/ica ili razvedena osoba, socijalno ugrožena osoba, nedostatak socijalne podrške i odgovornosti za brigu o drugima s ozbiljnom bolešću. S navedenim se slažu Rodda, Walker i Carter (2011) te navode kako starije odrasle osobe znatno manje od mlađih prepoznaju simptome depresije (Slika 1) koje pripisuju normalnom starenju ili bolesti.



Slika 1. Simptomi depresije. Izrada autora prema HZJZ (2023).

Što se tiče liječenja, antidepresivi su učinkoviti u liječenju depresivnih ambulantnih bolesnika s nekoliko komorbidnih tjelesnih bolesti kao i hospitaliziranih pacijenata (Rodda, Walker i Carter, 2011). Prema Bottino, Barcelos-Ferreira i Ribeiz (2012) gotovo 70%

pacijenata, liječenih dovoljno dugo i odgovarajućim dozama oporavi se od indeksne epizode depresije.

U istraživanju koje su proveli Ajduković, Ručević i Majdenić (2013) analizirana je povezanost između depresivnosti, psihičkog i tjelesnog zdravlja te funkcionalnih sposobnosti starijih osoba koje borave u domu za starije i nemoćne. Njihovi rezultati su pružili važne uvide u kako se ovi faktori međusobno povezuju i utječu na dobrobit starijih osoba u institucionalnom okruženju. Rezultati su pokazali da nepokretne osobe pokazuju lošije rezultate na svim ispitivanim parametrima u usporedbi s pokretnim starijim osobama. Osim toga, istraživanje je identificiralo negativnu povezanost između depresije, funkcionalnih sposobnosti i psihičkog te tjelesnog zdravlja. Prediktorski faktori za izraženije depresivne simptome uključuju ženski spol, smanjenje funkcionalne sposobnosti i lošiju procjenu psihičkog zdravlja, dok bolja procjena tjelesnog zdravlja može djelovati kao zaštitni faktor. Ovi nalazi sugeriraju potrebu za boljim razumijevanjem etiologije depresije kod starijih osoba koji borave u različitim okruženjima, a posebno u institucionalnom smještaju. Također, naglašavaju važnost razvoja programa za prepoznavanje i prevenciju problema mentalnog zdravlja kod svih starijih osoba, s posebnim fokusom na onima smještenim u domovima za starije osobe kako bi se poboljšala njihova kvaliteta života i dobrobit.

1.3. KVALITETA ŽIVOTA OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Najčešće korištena definicija kvalitete života glasi kako je to svjesna kognitivna prosudba zadovoljstva vlastitim životom (Karimi i Brazier, 2016).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (2023) *»kvaliteta života je percepcija pojedinca o njihovom položaju u životu u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojima žive u odnosu na njihove ciljeve, očekivanja, standarde i zabrinutosti. To je širok koncept na koji se utječe na složen način u kojem su fizičko zdravlje, psihološko stanje, razina neovisnosti i društveni odnosi osoba istaknuta obilježja njihove okoline.«*

Iako se mnoge definicije fokusiraju na subjektivne prosudbe, pojedini autori tvrde da bi objektivni čimbenici trebali biti uključeni. Te ističu kako je kvaliteta života opće bogatstvo koje uključuje objektivne deskriptore i subjektivne ocjene tjelesnog, socijalnog, materijalnog i emocionalnog bogatstva zajedno sa stupnjem osobnog razvoja i aktivnosti (Halauk, 2013).

Kvaliteta života je multidimenzionalna jer objedinjuje opće zdravlje, psihološki status, stupanj neovisnosti, okruženju i socijalnim odnosima (Kovač, 2017). Zdravlje, funkcionalni status i socijalna podrška, posebice podrška obitelji i prijatelja, te društveni odnosi među

važnim su čimbenicima koji utječu na kvalitetu života starijih osoba. Ostali čimbenici su: dovoljni ekonomski resursi, vlastito mjesto za stanovanje i odgovarajuće fizičko okruženje (Bilgili i Arpacı, 2014). S navedenim se slažu Hellstrom, Person i Hallberg (1998) prema Vuletić i Stapić (2013) koji navode kako kvaliteta ovisi o razini pomoći i podrške, socio-demografskim faktorima, slobodnim aktivnostima te ostalim okolinskim i socijalnim faktorima. Istraživanje je pokazalo kako postoji pozitivna korelacija između zadovoljstva životom starijih osoba i socijalne potpore kao i socijalne uključenosti i osjećaja korisnosti. Prema Halauk (2013) načini prosudbe kvalitete života numerički su iskazani i nisu standardizirani. Postoji više od 500 metoda procjene kvalitete života.

1.4. INSTITUCIONALNA SKRB OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Institucionalna skrb o osobama starije životne dobi podrazumijevaju uslugu smještaja koja se pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama, ista obuhvaća: usluge stanovanja, prihvata, održavanja osobne higijene, briga o zdravlju i njega, rehabilitacija, prehrana i organizacija slobodnog vremena (GOV, 2023). Usluge dugotrajne skrbi u ustanovama uključuju: pansionere i domove za njegu, ustanove za njegu, domove za starije osobe i zajednice umirovljenika (NIH, 2019). Institucionalna skrb dominantan je oblik skrbi za osobe starije životne dobi i predstavlja alternativu. No važno je naglasiti kako danas izvaninstitucionalna skrb ima sve značajniju ulogu. Pod izvaninstitucionalnu skrb ubrajaju se programi međugeneracijske solidarnosti, udomiteljstvo i gerontološki centri. Prednost navedenog oblika skrbi je mogućnost dužeg ostanka u vlastitom domu i vlastitoj sredini za osobe starije životne dobi (Jedvaj, Štambuk i Rusac, 2014).

S druge strane, Stavljenić-Rukavina i sur. (2012). koji navode kako »institucijski smještaja starijih osoba ima svoju posebnost jer je istovremena komponenta socijalne skrbi i zdravstvene zaštite.« Kao što je prethodno navedeno produljeni životni vijek značajno povećava prevalenciju bolesti i invaliditeta povezanih sa starenjem što ograničava sposobnost samozbrinjavanja starijih osoba. Jedna od mogućih alternativa svakako je smještaj u domu za starije i nemoćne (Tse, 2007).

»Domovi su nezamjenjive ustanove za zbrinjavanje vrlo starih osoba koje više nisu u mogućnosti brinuti o najosnovnijim životnim potrebama, a nemaju nikakvu pomoć svojih srodnika. To su mjesta koja osobi sa znatno smanjenim fizičkim i ostalim mogućnostima osiguravaju život dostojan čovjeka« (Smolić-Krković, 1974 prema Lovreković i Leutar, 2010).

Domovi za starije i nemoćne osobe iskusne su ustanove za njegu, pružaju širok raspon zdravstvenih usluga i usluga osobne njege. Neki objekti imaju samo smještaj i održavanje, ali mnogi također pružaju osobnu njegu i medicinske usluge. Te usluge obično uključuju njegu, 24-satni nadzor, tri obroka dnevno i pomoć u svakodnevnim aktivnostima. Dostupne su i usluge rehabilitacije, kao što su fizikalna, radna i govorna terapija. Neki ljudi ostaju u domu za starije i nemoćne kratko vrijeme nakon što su bili u bolnici. Nakon što se oporave, odlaze kući. Međutim, većina štićenika domova za starije i nemoćne ondje stalno živi jer imaju trajna fizička ili psihička stanja koja zahtijevaju stalnu njegu i nadzor (NIH, 2019). U sklopu istraživanja Hlebec, Strakar i Majcen (2019) analizirani su različiti faktori koji utječu na pružanje formalne kućne skrbi i korištenje dugoročnih usluga skrbi za starije osobe u europskim zemljama.

Glavni zaključci istraživanja ukazuju na to da manja angažiranost i nedostatna nacionalna koordinacija smanjuju vjerojatnost da će stariji ljudi koristiti formalnu kućnu skrb, dok veća integracija i bolja koordinacija u pružanju takvih usluga povećavaju vjerojatnost njihove uporabe. Također, u zemljama gdje postoje više dokumentirane prepreke za korištenje dugoročnih sustava skrbi, postoji manja vjerojatnost da će stariji ljudi koristiti formalne usluge. U konačnici, ovakvi zaključci ukazuju na važnost razmatranja kontekstualnih čimbenika pri razvijanju politika i programa za skrb starijih osoba u europskim zemljama. Pravilno usklađeni i dobro koordinirani sustavi skrbi, uz uklanjanje prepreka, mogu značajno poboljšati pristup i kvalitetu skrbi za starije građane diljem Europe. S navedenim se slažu Štambuk, Skokandić i Penava Šimac (2022) koji ističu kako sustav socijalne skrbi treba kontinuirano razvijati modele skrbi temeljene na stvarnim potrebama starijih osoba. Za postizanje tog cilja, neophodno je provoditi istraživanja na nacionalnoj razini kako bismo bolje razumjeli njihove potrebe i izazove. Također, važno je uzeti u obzir specifičnosti regionalnih razlika, uključujući ekonomsko-gospodarsku razvijenost, broj starijih osoba, dostupnost različitih oblika skrbi te jedinstvene karakteristike korisnika skrbi. Također, važno je u socijalnom radu i socijalnoj politici uzeti u obzir djelovanje zajednice i strukturalne probleme. To osigurava holistički pristup koji uključuje razumijevanje globalnih trendova i utjecaj na korisnike i donositelje odluka. Integracija socijalne politike i rada te kritički pristup u socijalnom radu su ključni.

Osim toga, važno je poticati dijalog sa svim relevantnim stranama, osnažujući iskustvo korisnika i preoblikujući društveno okruženje (Ajduković, 2008). U susjednoj zemlji (Sloveniji) domovi za starije osobe predstavljaju visoko razvijeni oblik skrbi za starije osobe. Izvorni znanstveni članak Mali (2019) istražuje ulogu u sustavu dugoročne skrbi prema

nacionalnoj strategiji socijalne skrbi. Naglasak je na individualnom pristupu korisnicima, njihovom sudjelovanju u planiranju i jačanju neovisnosti. Istraživanje je obuhvatilo sve domove za starije osobe u Sloveniji te identificiralo vidljive inovacije, uključujući socijalne inovacije i promjene u pružanju socijalne skrbi. Inovacije se potiču unutar institucija i kroz suradnju s lokalnim vlastima i primjenu nacionalne strategije socijalne skrbi, a njihovi učinci mogu poboljšati kvalitetu života u domovima za starije osobe. Navedeno istraživanje sugerira aktivnu ulogu domova za starije osobe u sektoru dugoročne skrbi i njihovu buduću regulativnu ulogu.

Osim institucionalne skrbi, iznimno je važno naglasiti i ulogu izvaninstitucionalne skrbi za starije osobe. Prema istraživanju Štambuk i Penava Šimac (2021) postavlja se naglasak na razvoj različitih oblika izvaninstitucionalne skrbi, uključujući udomiteljske obitelji, obiteljske domove i skrb u vlastitom domu. Cilj ovih modela skrbi je omogućiti starijim osobama da što duže ostanu u njima poznatim okruženjima i zajednicama, odgađajući potrebu za institucionalnim smještajem, kao što su domovi za starije osobe. Glavna obilježja ovih izvaninstitucionalnih oblika skrbi uključuju individualiziranu skrb, poticanje autonomije i očuvanje kvalitete života. Starije osobe koje primaju izvaninstitucionalnu skrb ostaju u svom poznatom okruženju i zajednici, čime se održava njihova kvaliteta života i društvena integracija. Ovi modeli omogućuju starijim osobama da nastave uživati u kvalitetnom životu u vlastitim zajednicama, što ima pozitivan utjecaj na njihovu dobrobit i zadovoljstvo u trećoj životnoj dobi.

2. CILJEVI I PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

Iako se starije osobe sve više zbrinjavaju u domovima za starije i nemoćne osobe pred kraj života, postoji nedovoljno istraživanja stajališta korisnika. Problem je što starije osobe često imaju niz simptoma, uključujući bol, umor i probleme sa sluhom ili vidom, koji mogu ozbiljno utjecati na sve aspekte istraživačkog procesa, uključujući regrutiranje sudionika, prikupljanje podataka, kvalitetu i analizu. Iako su često opći dojmovi o domovima za starije i nemoćne osobe negativni zbog promjene okoline, nedostataka bliskih osoba i sl, za neke je to iznimno pozitivno iskustvo jer npr. više nisu usamljeni, imaju krov nad glavom i sl. No, zadovoljstvo životom nije povezano samo s razinom funkcionalne neovisnosti, već je povezano i sa socio-demografskim karakteristikama kao što su prihod, društveni život, obrazovanje i aktivnosti u slobodno vrijeme. Uvidom u prethodna istraživanja zamjetno je kako je malo pažnje posvećeno mogućim socio-demografskim čimbenicima rizika koji se odnose na rezultate zadovoljstva kvalitetom života starijih osoba. S obzirom na navedeno u radu je planirano usporediti socio-demografske čimbenike i zadovoljstvo kvalitetom života u domu za starije i nemoćne.

Cilj rada je istražiti percepciju korisnika Doma za starije i nemoćne osobe Osijek o zadovoljstvu kvalitetom života u Domu i njihovom zdravlju te dati preporuke za unapređenje usmjereno na bolju kvalitetu života u Domu.

Istraživački problemi su:

1. Kako korisnici Doma za starije i nemoćne Osijek procjenjuju zadovoljstvo kvalitetom života u Domu?
2. Kako korisnici Doma za starije i nemoćne Osijek procjenjuju svoj zdravstveni status?
3. Postoji li povezanost procjene zadovoljstvom kvalitete života u Domu za starije i nemoćne Osijek osobe i samoprocjeni zdravstvenog statusa s obzirom na temeljna socio-demografska obilježja korisnika?
4. Koja je povezanost između procjene zadovoljstva kvalitetom života u Domu za starije i nemoćne Osijek, samoprocjene zdravstvenog statusa korisnika?

Na osnovu istraživačkih problema definirane su sljedeće hipoteze:

H1: Korisnici Doma za starije i nemoćne Osijek zadovoljni su kvalitetom života u Domu.

H2: Zadovoljstvo kvalitetom života u Domu povezano je sa socio-demografskim faktorima, odnosno sa spolom, dobi, dužinom boravka, bračnim statusom i stručnom spremom.

H3: Korisnici različite aspekte zdravlja (opće i mentalno) procjenjuju zadovoljavajućim.

H4: Procjene različitih aspekata zdravlja povezani su s određenim socio-demografskim faktorima, odnosno s (a) dobi, (b) bračnim statusom i (c) pokretljivošću korisnika.

H5: Procjene različitih aspekata zdravlja povezane su sa zadovoljstvom kvalitetom života u Domu.

3. METODOLOGIJA

Istraživanje je kvantitativno deskriptivno i korelacijsko istraživanje. Podatci za istraživanje prikupljeni su pomoću anonimne ankete u Domu za starije i nemoćne osobe Osijek. Prije provođenja istraživanja zatražena je suglasnost povjerenstva Doma. Za sudjelovanje u istraživanju ispitanici nisu dobili nikakvu naknadu. Anketa se provela u grupama od po 10-15 korisnika u za to odgovarajućem prostoru Doma. Anketu su proveli stručnjaci koji nisu zaposleni u Domu. To je ujedno i načini kako se nastoji sačuvati anonimnost i povjerljivost pri prikupljanju podataka. U istraživanju je sudjelovalo 50 korisnika redovnog (stambenog) smještaja (ne stacionarnog). Ukupan broj korisnika u redovnom tipu smještaja je 165. Anketa je polustrukturiranog tipa i sastoji od 25 pitanja osmišljenih od strane autora (u prilogu).

Kriteriji uključivanja:

- Ispitanici su smješteni u Domu za starije i nemoćne osobe Osijek.
- Ispitanici su u Domu duže od 100 dana.

Prvi dio anketnog upitnika namijenjen je socio-demografskim podacima dob, spol, stručna sprema, bračni status te stupanj pokretljivosti i samostalnosti korisnika.

Drugi dio vezan je uz zadovoljstvo korisnika kvalitetom života, odnosno zadovoljstvo sa sedam aspekata boravka u Domu. Svaki pojedini aspekt čestica procjenjuje se na skali od četiri stupnja (1 – nezadovoljan/na ; 2 – moglo bi biti bolje; 3 – djelomično sam zadovoljan/na; 4 – zadovoljan/na sam). Ukupni rezultat dobiva se zbrajanjem svih navedenih procjena pri čemu viši rezultat upućuje na veće zadovoljstvo, odnosno bolju kvalitetu života u Domu. Također, postavljena je pitanje vezano uz razlog smještanja u dom s ponuđenim odgovorima (vidjeti Prilog 1), te prijedlog za poboljšanje kvalitete života u domu s upisivanjem odgovora.

Treći dio odnosi se na **procjenu različitih aspekata vlastitog zdravlja**, uključujući opće zdravlje te mentalno zdravlje (anksioznost i depresivnost). **Opće zdravlje** mjereno je pitanjima preuzetima iz hrvatske verzije Upitnika zdravstvenog statusa (eng. 36-Item Short Form Health Survey-SF-36) (Ware i sur., 1993.; Ware i sur., 2000., prema Maslić-Seršić i Vuletić, 2006). Konkretno, opće zdravlje mjereno je s pet pitanja, odnosno sudionicima je postavljeno pitanje o tome kako procjenjuju svoje zdravlje općenito (od „lošeg“ do

„odličnog“). Također je korištena i podljestvica Općeg zdravlja od četiri tvrdnje (primjer: „Čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi“) za koje je ispitanik na skali od pet stupnjeva (1 = potpuno točno; 5 = potpuno netočno) trebao/la procijeniti koliko je neka tvrdnja točna za njega/nju. Treba napomenuti da se pojedinim odgovorima pridružuju vrijednosti od 0 do 100. Mjera općeg zdravlja dobiva se kao prosječna vrijednost odgovora na ovih pet pitanja, pri čemu viši rezultat ukazuje na bolje opće zdravlje (raspon od 0 do 100).

Osim pitanja o općem zdravlju, ispitanicima su trebali odgovoriti (1) kako procjenjuju svoje zdravlje u usporedbi s prošlom godinom (od „puno lošije“ do „puno bolje“), (2) jesu li imali ikakve tjelesne bolove u proteklih mjesec dana (od „nikakvih“ do „vrlo teških“), (3) jesu li ih ti bolovi ometali u uobičajenom životu (od „uopće ne“ do „izrazito“), te (4) koliko su ih u proteklih mjesec dana fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (od „nikada“ do „stalno“).

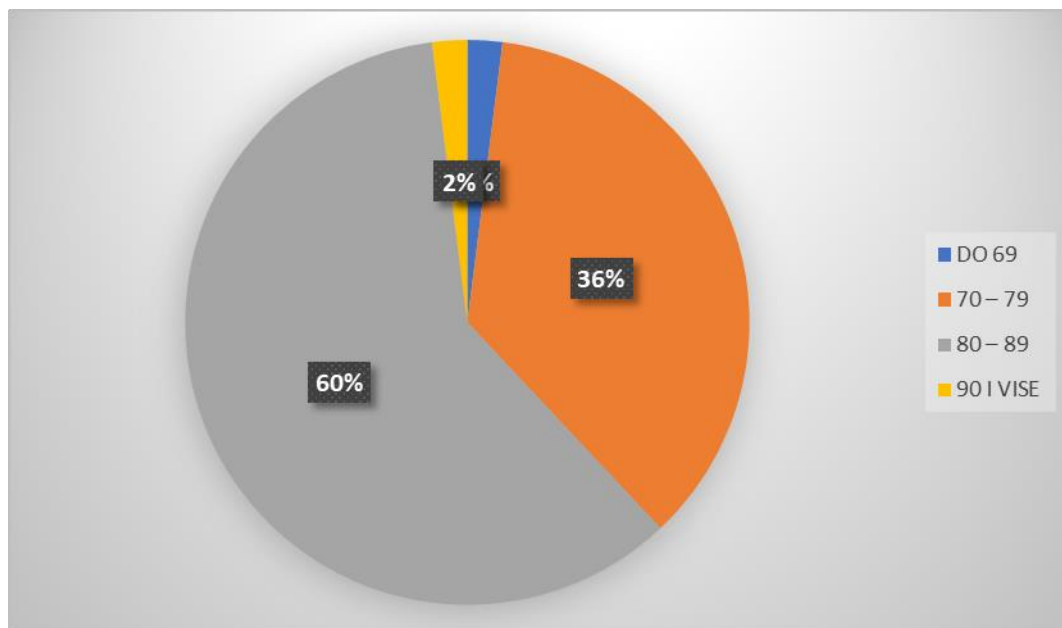
Mentalno zdravlje, odnosno simptomi anksioznosti i depresivnosti mjereni su hrvatskom verzijom Kratkog upitnikom o zdravlju pacijenata (eng. 4-item Patient Health Questionnaire-PHQ-4; Barišić, 2023; Kroenke i sur., 2009). Ispitanici su za četiri tvrdnje (primjer: ”Osjećaj nervoze, tjeskobe ili napetosti.”) trebali odgovoriti na pitanje: ”Koliko često ste u posljednja dva tjedna imali sljedeće poteškoće?” na skali od 0 do 3, pri čemu je 0 – ”Uopće ne”, 1 – ”Nekoliko dana”, 2 – ”Većinu dana”, te 3 – ”Gotovo svakodnevno”. Ukupni rezultat utvrđuje se zbrajanjem bodova svake od četiri tvrdnje. Bodovi ukazuju na normalne (0-2), blage (3-5), umjerene (6-8) i teške simptome (9-12). Ukupni rezultat ≥ 3 za prva dva pitanja ukazuje na anksioznost, dok ukupni rezultat ≥ 3 za zadnja dva pitanja ukazuje na depresiju te se u ovome istraživanju rezultati prikazuju zasebno za svaku od podljestvica. Rezultat od 9 i više bodova ukupno na skali ukazuje na ozbiljnu razinu poteškoća. Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije u ovom istraživanju bila je visoka i iznosila je $\alpha = 0,81$.

Važno je dodati da se prilikom provođenja istraživanja putem ankete s osobama starije životne dobi, kao što su korisnici domova za starije osobe, posebna pažnja posvećuje etičkim smjernicama. Svaki sudionik je temeljito informiran o svrsi istraživanja i načinu korištenja njihovih odgovora. Također, prikupljen je pristanak od svakog sudionika za sudjelovanje u istraživanju, naglašavajući da su odgovori povjerljivi i da će se koristiti isključivo u svrhu istraživanja.

3.1. ISPITANICI

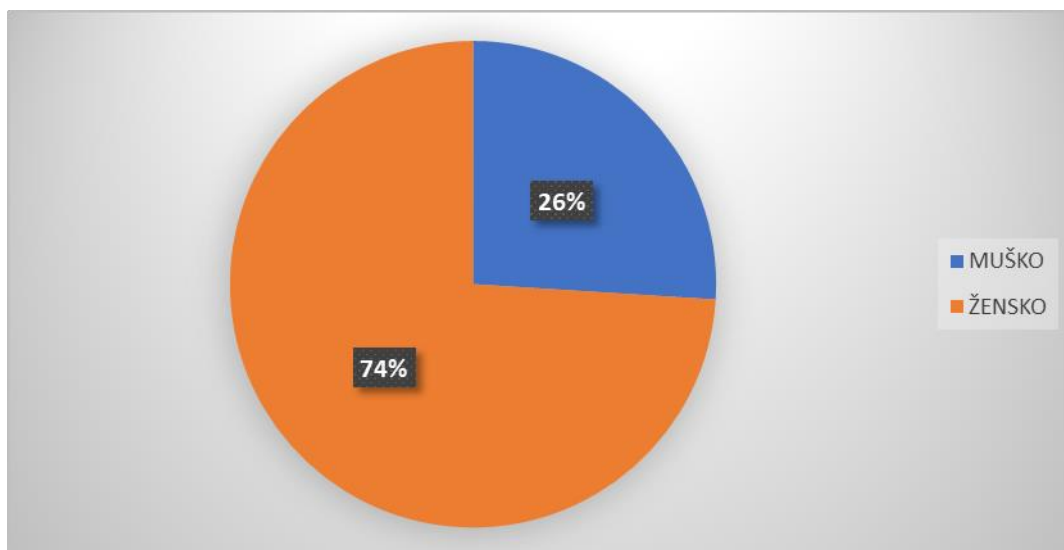
U ispitivanju je sudjelovalo 50 ispitanika. Prema dobi najveći broj ispitanika, njih 60% nalazi se u dobnoj skupini od 80-89 godina, 36 % nalazi se u dobnoj skupini od 70-79 godina, dok se po 2% (N=1) nalazi u skupini od 60 do 69 godina i skupini 90 i više godina (grafikon 1).

Grafikon 1. Dob ispitanika



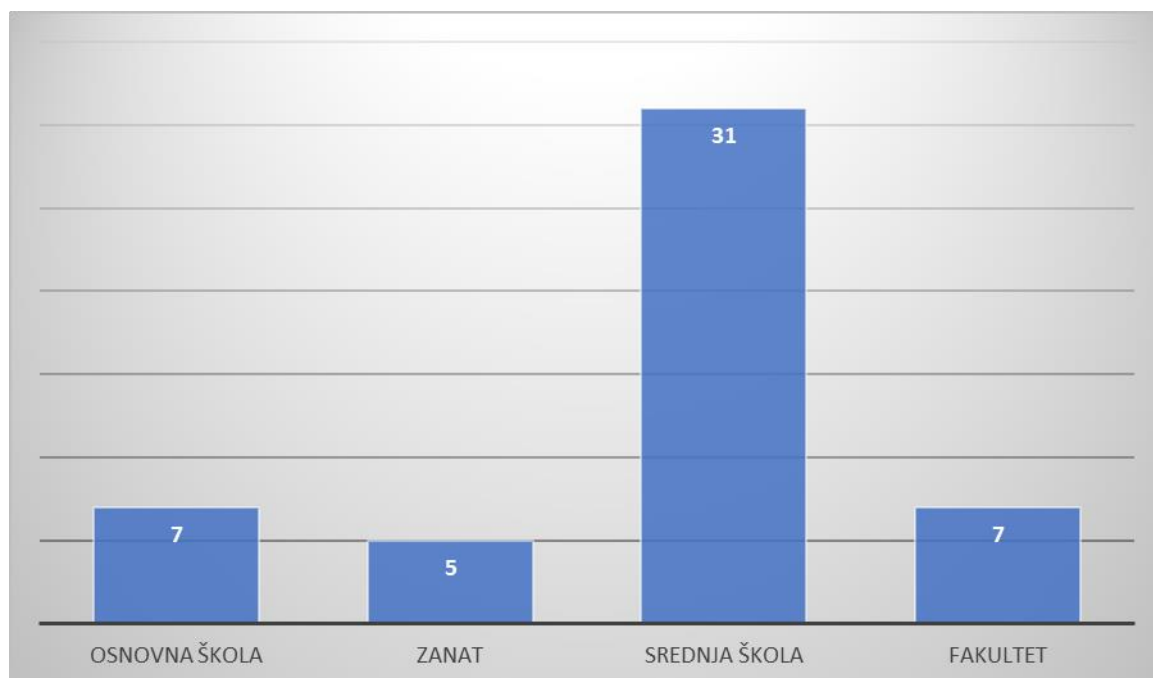
Prema spolu u istraživanju je sudjelovalo 74% (N=37) žena, i 26% (N=13) osoba muškog spola (grafikon 2).

Grafikon 2. Spol ispitanika



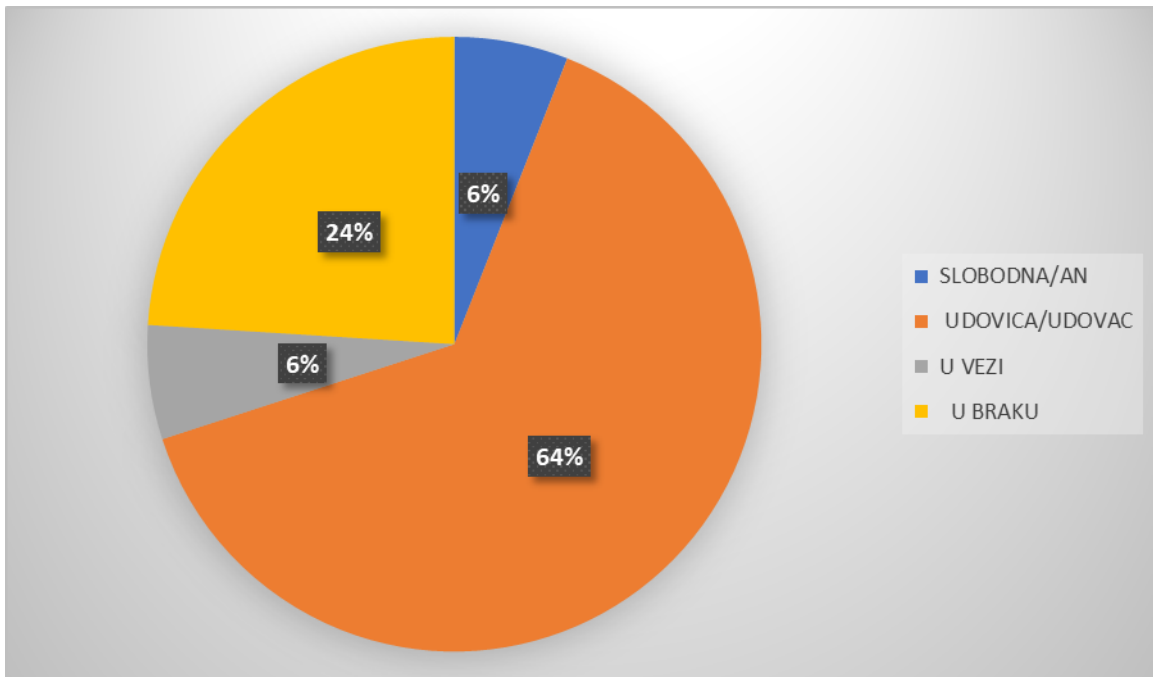
Kada je riječ o stručnoj spremi najveći broj ispitanika 62% (N=31) ima završeno srednjoškolsko obrazovanje, dok je najmanji broj 10% (N=5) ispitanika kao stručnu spremu naveo zanat (grafikon 3).

Grafikon 3. Stručna sprema



Trenutni bračni status 64% ispitanika je udovica/udovac, dok ih je 24% u braku. Od ukupnog broja ispitanika njih 6% je slobodno (N=3) i 6% je u vezi (N=3) (grafikon 4).

Grafikon 4. Bračni status



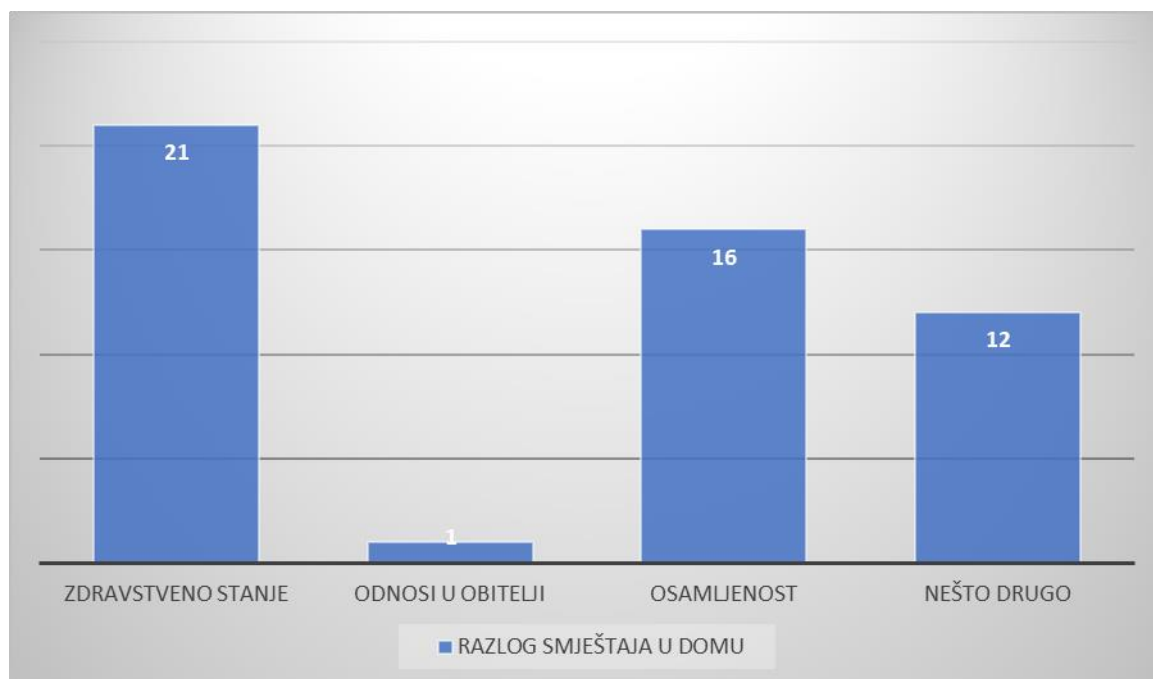
Izrada autora

Što se tiče duljine boravka u Domu, 6% ispitanika u Domu je smješteno kraće od godine dana, 32% ispitanika u Domu boravi manje od 3 godine, 26% manje od 6 godina, 26% manje od 10 godina, dok 12% ispitanika u Domu živi 10 i više godina. Najduži boravak u Domu među ispitanicima je 17 godina, dok je najkraći 5 mjeseci.

Od ukupnog broja ispitanika (N=50) 98% ispitanika samovoljno je došlo na uslugu smještaja dok je 1 ispitanik (2%) na uslugu smještaja došao zbog pritiska članova obitelji.

Kao najčešći razlog smještaja ispitanici su naveli zdravstveno stanje 42%, dok je 32% ispitanika kao razlog smještaja u domu navelo osamljenost. Najmanji broj ispitanika 2% kao razlog dolaska naveo je odnose u obitelji (grafikon 5).

Grafikon 5. Razlog smještaja u Dom



3.2 TESTIRANJE HIPOTEZA

Prije testiranja hipoteza provjereni su uvjeti za korištenje parametrijskih statističkih postupaka, odnosno Kolmogorov-Smirnovljevim testom provjeren je normalitet distribucije kontinuiranih varijabli (npr. opće zdravlje). Utvrđeno je da se distribucije svih kontinuiranih varijabli statistički značajno razlikuju od normalne ($p < 0,01$) (vidjeti Tablicu 1).

Tablica 1. provjera uvjeta za korištenje parametrijskih statističkih postupaka

Varijable	K-S	A	S
Zadovoljstvo kvalitetom života u Domu	0,22***	-1,75	2,82
Opće zdravlje	0,15**	-0,60	0,09
Mentalno zdravlje			
Anksioznost	0,33***	0,83	-0,26
Depresivnost	0,23***	1,95	3,16
Ukupno	0,23***	1,29	0,76

Legenda. K-S = Kolmogorov-Smirnovljev test, A = asimetrija, S = spljoštenost

□ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

No, s obzirom da samo jedan ekstremni rezultat može dovesti do toga da se distribucija statistički značajno razlikuje od normalne (Kline, 2016), za provjeru normaliteta korištene su i mjere indeksa asimetrije i indeksa spljoštenosti. Kline (2016) smatra da se distribucija još uvijek može smatrati normalnom ako su zadovoljeni preduvjeti da su apsolutne vrijednosti asimetrije manje od 3, a indeksa spljoštenosti manje od 10, što je bilo i zadovoljeno u ovom istraživanju. Dakle, u nastavku će se za provjeru pojedinih hipoteza koristiti parametrijski statistički postupci.

Iako je analiza snage testa provedena prije provedbe istraživanja (korištenjem programa G*Power), s obzirom na vrlo male poduzorke (npr. podskupine s obzirom na bračni status), uz uobičajene razine značajnosti $p < 0,001$, $p < 0,01$ te $p < 0,05$, korištena je i razina rizika od 10% ($p < 0,10$). Naime, kada je uzorak malen, statistička snaga je slaba. Statistička snaga testa je mjera vjerojatnosti da će istraživač u uzorku naći statističku značajnost, ako učinak postoji u cjelokupnoj populaciji. Drugim riječima, snaga je vjerojatnost da će lažna nul-hipoteza (odnosno, postoji učinak u cjelokupnoj populaciji) biti odbačena. Kada se odbaci nul-hipoteza, prihvaća se ona alternativna. Neizravno to znači da je snaga ključni čimbenik da istraživač izvuče točan zaključak iz podataka koje mu daje uzorak. Problemi sa snagom mogu dovesti do različitih pogrešaka u tumačenju statističkih rezultata, pa tako, na primjer, mogu navesti istraživača da zaključi da dvije varijable nisu povezane iako korelacija postoji u populaciji (McHugh, 2008).

4. REZULTATI

U rezultatima provedenog istraživanja, analizirani su različiti aspekti kvalitete života i zdravlja korisnika Doma za starije i nemoćne Osijek. Rezultati analize obuhvatili su procjenu zadovoljstva korisnika različitim aspektima njihovog boravka u domu, ocjenu njihovog općeg i mentalnog zdravlja, kao i povezanost ovih faktora s socio-demografskim karakteristikama korisnika. Osim toga, istraženo je i kako procjena različitih aspekata zdravlja utječe na zadovoljstvo kvalitetom života u Domu.

Poglavlje rezultati sastoji se od nekoliko dijelova. Prvi dio procjenjuje zadovoljstvo korisnika s različitim aspektima boravka u domu, uključujući smještaj, prehranu, slobodno vrijeme, osoblje, odnose s ostalim korisnicima, organizaciju posjeta i zdravstvenu njegu. Drugi dio istražuje kako socio-demografski faktori kao što su spol, dob, bračni status i stručna sprema utječu na zadovoljstvo korisnika u Domu. Treći dio procjenjuje različite aspekte zdravlja korisnika doma. Četvrti dio istražuje povezanost između procjena različitih aspekata zdravlja s dobi, bračnim statusom i pokretljivošću. Peti dio procjenjuje odnos različitih aspekata vlastitog zdravlja i zadovoljstva kvalitetom života u domu. Svaki dio istraživanja pruža uvid u stavove i doživljaje korisnika Doma za starije i nemoćne Osijek te njihovu percepciju kvalitete života i zdravlja u navedenom okruženju.

4.1. PROCJENA ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U DOMU (HIPOTEZA H1)

Kako bi se odgovorilo na H1 hipotezu koja je glasila da će korisnici Doma za starije i nemoćne Osijek biti zadovoljni kvalitetom života u Domu provedena je deskriptivna analiza. Pri tome su ispitanici procjenjivali zadovoljstvo s nekoliko aspekata boravka u Domu, odnosno zadovoljstvo (1) smještajem u domu (prostorna organiziranost, sobe itd.), (2) prehranom (kvaliteta, raznovrsnost, količina), (3) čestinom slobodnog vremena, (4) osobljem u domu, (5) odnosom s ostalim korisnicima Doma, (6) organizacijom posjeta (obitelj, rodbina, prijatelji itd.), te (7) zdravstvenom njegu. Pri tome je viši rezultat ukazivao na veće zadovoljstvo pojedinim aspektom boravka u Domu za starije i nemoćne Osijek, kao i veće zadovoljstvo kvalitetom života općenito. Deskriptivna statistika za navedene aspekte i ukupno zadovoljstvo prikazana je u Tablici 2.

Tablica 2. Deskriptivna statistika za različite aspekte zadovoljstva kvalitetom života u Domu za starije i nemoćne Osijek (N = 50)

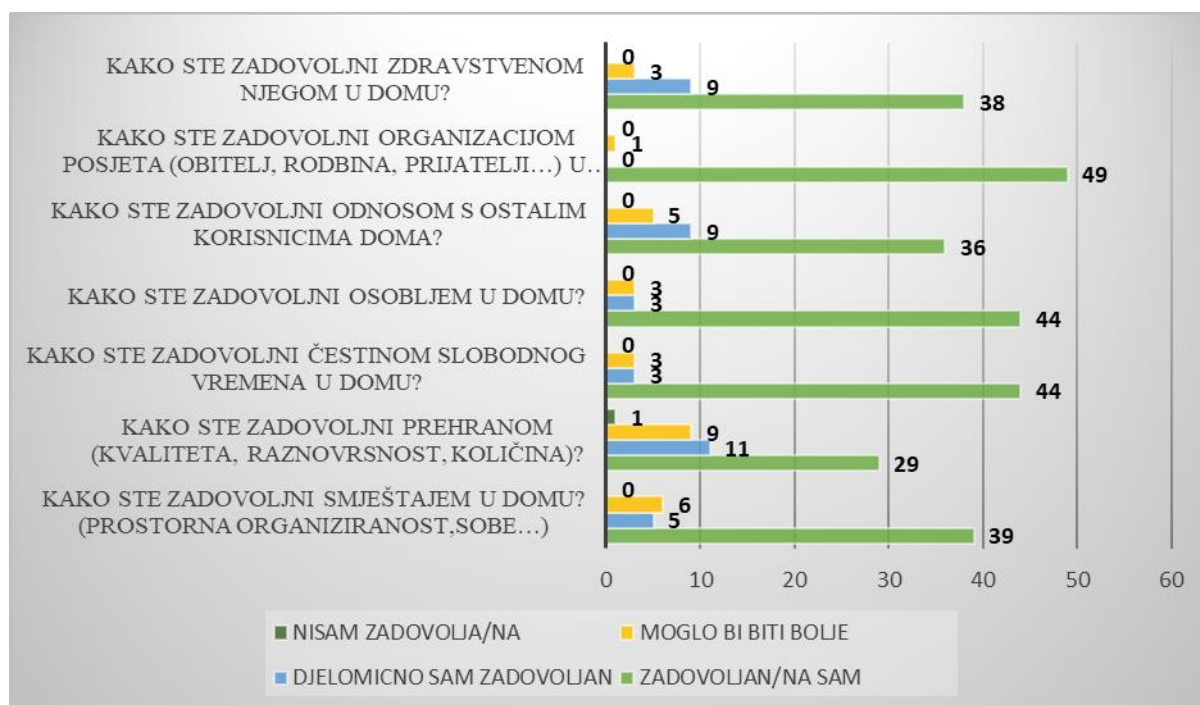
Zadovoljstvo (raspon odgovora: 1-4)	M	SD
...smještajem u domu (prostorna organiziranost, sobe itd.)	3,67	0,68
...prehranom (kvaliteta, raznovrsnost, količina)	3,37	0,85
...čestinom slobodnog vremena	3,82	0,52
...osobljem u domu	3,82	0,51
...odnosom s ostalim korisnicima doma	3,63	0,66
...organizacijom posjeta (obitelj, rodbina, prijatelji itd.)	3,96	0,28
...zdravstvenom njegom	3,71	0,58
Ukupno	3,71	0,38

Legenda. M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija

Kao što se može vidjeti u Tablici 2. korisnici su iznimno zadovoljni različitim aspektima boravka u Domu, a koji imaju izravni učinak na kvalitetu života u istom. Najveća procjena je 3,98 za organizaciju posjeta, dok je najmanja 3,34 za prehranu. Prehrana je sama po sebi izazovna s obzirom da pojedinci imaju različite ukuse, zbog navedenog razloga vrlo je teško svakodnevno u potpunosti zadovoljiti svakog korisnika. No, kao što je ranije rečeno, svi aspekti su procijenjeni vrlo zadovoljavajućim.

Iz grafikona 6. vidljivo je kako je 76% ispitanika zadovoljno zdravstvenom njegom u Domu. Što se tiče organizacije posjeta 98% ispitanika zadovoljno je istim što predstavlja iznimno visok stupanj zadovoljstva. Čak 72% ispitanika zadovoljno je odnosom s ostalim korisnicima Doma. S čestinom slobodnog vremena u Domu zadovoljno je 88% ispitanika, isti postotak zadovoljan je i osobljem Doma. Što se tiče prehrane tu je najniži postotak zadovoljstva, 58% ispitanika zadovoljno je prehranom u Domu, 22% djelomično je zadovoljno, 18% smatra da može biti i bolje dok 2% nije zadovoljno prehranom u Domu.

Grafikon 6. Zadovoljstvo kvalitetom života u Domu



Uzimajući u obzir prethodno navedene rezultate, hipoteza H1, odnosno hipoteza da će korisnici *Doma za starije i nemoćne Osijek* biti zadovoljni kvalitetom života u Domu se prihvaća.

Iako su ovi rezultati ohrabrujući, ispitanicima je postavljeno i pitanje otvorenog tipa o tome što može povećati zadovoljstvo korisnika, pri čemu je najčešći odgovor bio „ništa 76%“, njih 8% ispitanika smatra da bi im zadovoljstvo povećao mir i tišina prilikom objeda, dok 4% ispitanika smatra da bi bolji namještaj povećao njihovo zadovoljstvo kvalitetom života u domu. Po jedan odgovor zabilježen je bolji odnos s liječnikom, vrt i izleti, klima i Internet, više zabave i plesa, mir i tišina te jednokrevetne sobe.

4.2. ODNOS ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U DOMU I SOCIO-DEMOGRAFSKIH FAKTORA (HIPOTEZA H2)

Kako bi se provjerila hipoteza H2 prema kojoj je zadovoljstvo kvalitetom života u Domu povezano s socio-demografskim faktorima ispitana je razlika u zadovoljstvu kvalitetom između muškaraca i žena, osoba različite dobi i dužine boravka u Domu, različitog bračnog statusa i različite stručne spreme. Deskriptivna statistika za svaku od podskupina prikazana je u Tablici 3.

Tablica 3. Deskriptivni podaci za zadovoljstvo kvalitetom života s obzirom različite socio-demografske faktore

Zadovoljstvo kvalitetom života u Domu		
Socio-demografski faktori	<i>M</i>	<i>SD</i>
Spol		
Muškarci (<i>n</i> = 13)	3,63	0,39
Žene (<i>n</i> = 27)	3,73	0,37
Dob		
70-79 godina (<i>n</i> = 18)	3,74	0,34
80-89 godina (<i>n</i> = 30)	3,71	0,37
90 i više godina (<i>n</i> = 2)	4,00	0,00
Dužina boravka		
Raspon: 5 mjeseci-18 godina	5,14	3,95
Bračni status		
Slobodan/na (<i>n</i> = 4)	3,85	0,20
Udovac/ica (<i>n</i> = 32)	3,73	0,29
U vezi (<i>n</i> = 3)	3,38	0,57
U braku (<i>n</i> = 11)	3,69	0,54
Stručna sprema		
Osnovna škola (<i>n</i> = 8)	3,75	0,54
Zanat (<i>n</i> = 5)	3,71	0,26
Srednja škola (<i>n</i> = 30)	3,71	0,37
Fakultet (<i>n</i> = 7)	3,65	0,29
Stupanj pokretljivosti i samostalnosti		
Samostalno (<i>n</i> = 47)	3,73	0,38
Uz pomoć savjeta/pomagala (<i>n</i> = 3)	3,57	0,31
Uz pomoć druge osobe (<i>n</i> = 0)	—	—
Potpuno ovisan/na o drugoj osobi (<i>n</i> = 0)	—	—

Legenda. *M* = aritmetička sredina; *SD* = standardna devijacija; *n* = broj ispitanika u određenoj podskupini

Suprotno postavljenoj hipotezi, t-testom za nezavisne uzorke nije utvrđena statistički značajna razlika u zadovoljstvu kvalitetom života u Domu između muškaraca i žena, $t(49) = 0,81$, $p > 0,05$. Slično tome, jednostavnom analizom varijance (ANOVA) nije utvrđena

statistički značajna razlika niti među osobama različite dobi $F(3, 46) = 2,91; p > 0,05$ niti među osobama različitog bračnog statusa $F(3, 46) = 0,99; p > 0,05$, kao niti među osobama različite stručne sprema $F(3, 46) = 0,08; p > 0,05$ te osobama različitog stupnja pokretljivosti i samostalnosti $F(3, 46) = 0,59; p > 0,05$. Također, niti vrijeme boravka u Domu nije bilo značajno povezano zadovoljstvom kvalitetom života u Domu ($r = 0,08; p > 0,05$). Ukupno uzevši, hipoteza H2 se odbacuje, odnosno socio-demografski faktori u ovom istraživanju nisu imali efekt na procjenu zadovoljstva kvalitetom života u Domu. Ovi rezultati implicitno sugeriraju da su usluge u domu relativno dobro prilagođene različitim skupinama i potrebama korisnika. Odnosno, nakon analize rezultata istraživanja, nije pronađena statistički značajna veza između socio-demografskih faktora (kao što su spol, dob, bračni status, stručna sprema) i zadovoljstva korisnika kvalitetom života u Domu za starije i nemoćne Osijek. Ovaj nalaz sugerira da usluge u Domu za starije i nemoćne u Osijeku, barem prema percepciji korisnika, relativno dobro zadovoljavaju različite skupine korisnika i njihove potrebe. To znači da usluge i sadržaji koje pruža dom, bez obzira na različite socio-demografske karakteristike korisnika (kao što su dob, bračni status, spol ili stručna sprema), ostvaruju zadovoljavajući standard i podržavaju njihovu kvalitetu života. Ovakav zaključak može biti od interesa za upravu doma i osobe koje se bave pružanjem usluga starijim osobama, jer ukazuje na to da su usluge dovoljno prilagođene različitim skupinama korisnika i da se brinu o njihovim potrebama na zadovoljavajući način.

4.3. PROCJENA RAZLIČITIH ASPEKATA ZDRAVLJA KORISNIKA DOMA (HIPOTEZA H3)

Kako bi se odgovorilo na hipotezu H3 prema kojoj se očekivalo da će *korisnici Doma za starije i nemoćne Osijek vlastito zdravlje smatrati zadovoljavajućim* također je provedena deskriptivna analiza. Deskriptivna statistika za mjere općeg i mentalnog zdravlja prikazana je u Tablici 4.

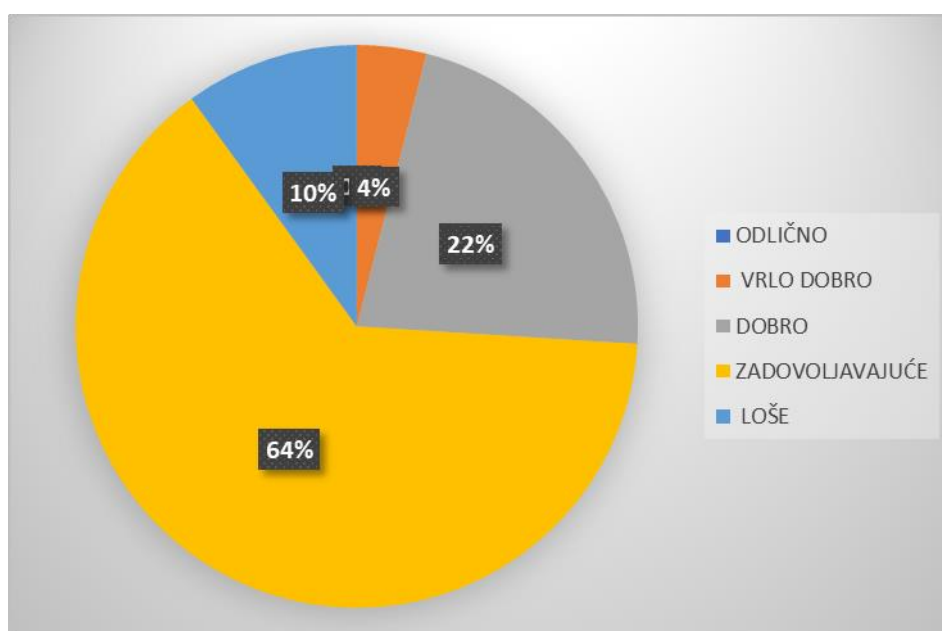
Tablica 4. Deskriptivna statistika za različite aspekte zdravlja svih ispitanika (N = 50)

Različiti aspekti zdravlja	<i>M</i>	<i>SD</i>
Opće zdravlje (SF-36) (raspon odgovora: 0-100)	51,27	9,90
Mentalno zdravlje (PHQ-4)		
Anksioznost (raspon odgovora: 0-6)	1,16	1,17
Depresivnost (raspon odgovora: 0-6)	0,86	1,44
Ukupno (raspon odgovora: 0-12)	1,98	2,38

Legenda. *M* = aritmetička sredina; *SD* = standardna devijacija; SF-36 = Upitnik zdravstvenog statusa; PHQ-4 = Upitnik o zdravlju pacijenata

Uzimajući u obzir deskriptivni statistiku prikazanu u Tablici 4, ispitanici su svoje opće zdravlje procjenjivali zadovoljavajućim (raspon odgovora: 0-100). Kao što se može vidjeti na grafikonu 8, gotovo dvije trećine ispitanika je svoje zdravlje procijenilo zadovoljavajućim, svaki peti ispitanik smatra da mu/joj je zdravlje dobro, dok 10% ispitanika smatra da im je zdravlje loše. Niti jedan ispitanik nije svoje zdravlje procijenio odličnim. Navedeni rezultati su očekivani s obzirom na dob ispitanika.

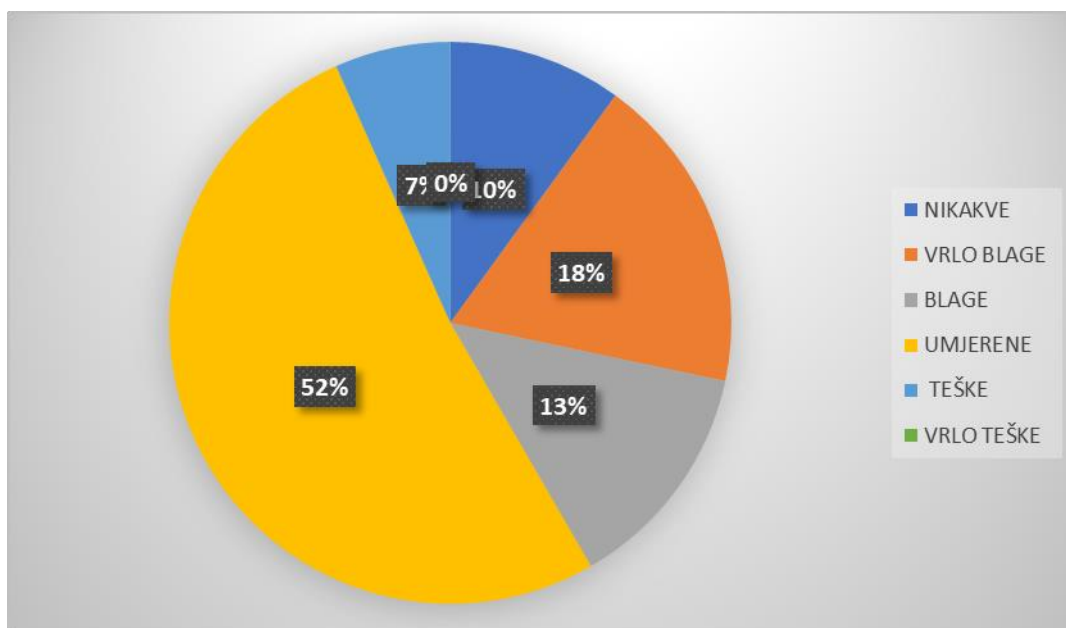
Grafikon 7. Procjena zdravlja korisnika



Osim toga, većina ispitanika (60,8%) je navela da im je zdravlje otprilike isto kao i prije godinu dana, njih 31,4% je navelo da je malo lošije nego prije godinu dana, dok je njih 5,9% navelo da im je zdravlje malo ili puno bolje nego prije godinu dana (vidjeti grafikon 7).

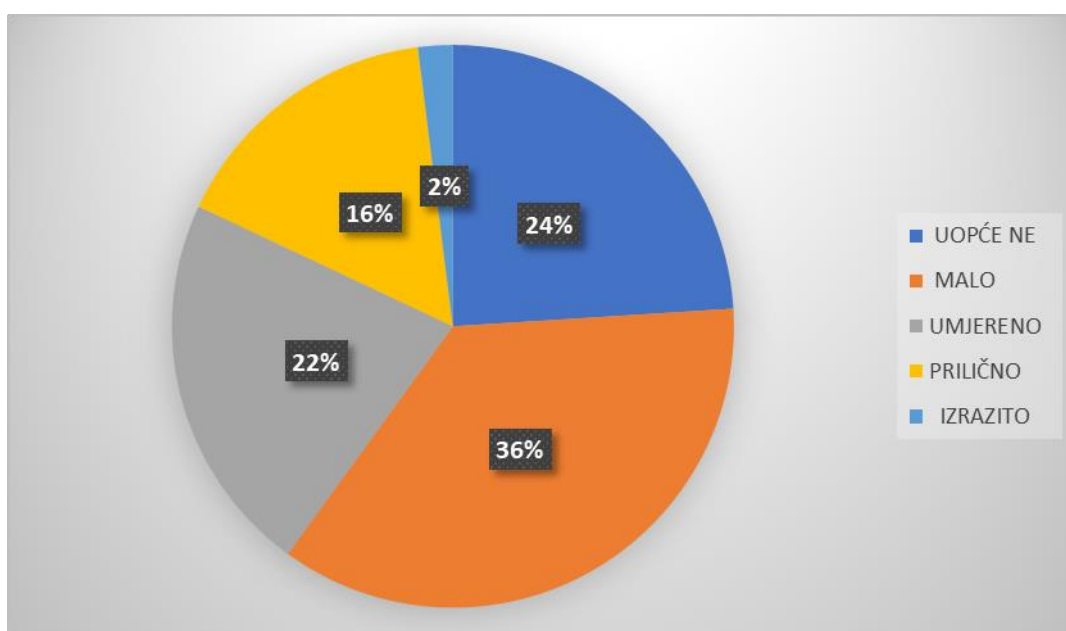
Što se tiče postojanja bolova (vidjeti grafikon 8), otprilike polovica ispitanika ima umjerene bolove, dok vrlo blage i blage bolove ima gotovo trećina ispitanika. Niti jedan ispitanik nije prijavio vrlo teške bolove, dok ih je 7,8% imalo teške bolove.

Grafikon 8. Bolovi korisnika



Također, kao što se može vidjeti na grafikonu 9. njih 60% je navelo da ih ti bolovi u protekla četiri tjedna uopće nisu ili su ih malo ometali u uobičajenom životu, dok je svaki peti ispitanik naveo da su ih umjereno ometali. Kod njih 18% ometanje uobičajenog života bilo je prilično ili izrazito.

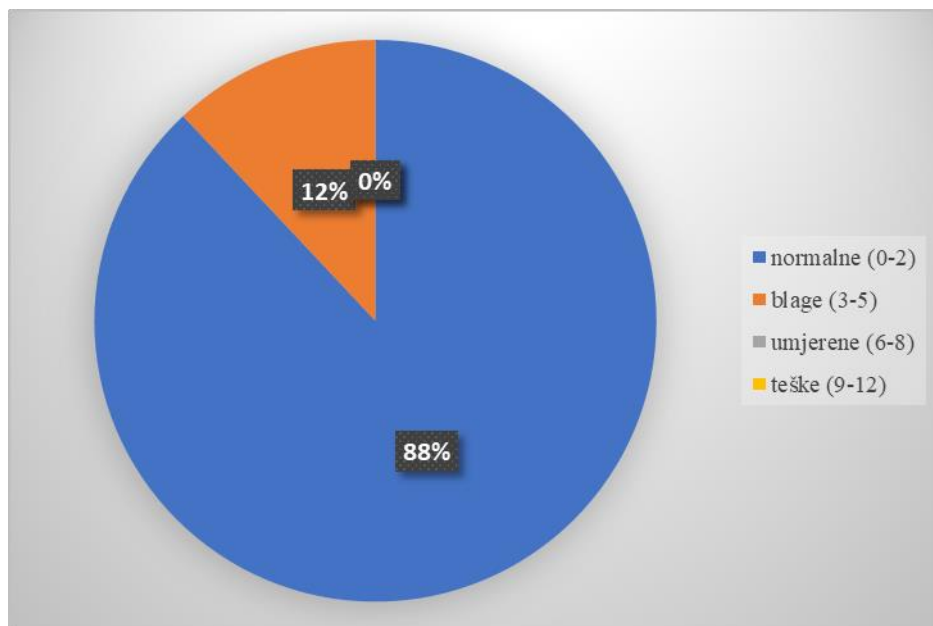
Grafikon 9. Utjecaj boli na svakodnevni život korisnika



Naposljetku, 71% ispitanika je navelo da ih fizičko zdravlje ili emocionalni problemi nisu nikada ili su ih rijetko ometali u društvenim aktivnostima poput posjete rodbini, prijateljima i sl., dok je umjereno ometanje prijavio svaki četvrti ispitanik. Ukupno uzevši, kada se radi o općem zdravlju ispitanici svoje ga procjenjuju zadovoljavajućim te se stoga i hipoteza H3 prihvaća za opće zdravlje.

Uzimajući u obzir rezultate deskriptivne analize i za anksioznost i za depresivnost, ispitanici, u prosjeku, nisu imali simptome (raspon bodova: 0-2). Slični rezultati su dobiveni i za mentalno zdravlje općenito (vidjeti Tablicu 4). Općenito, 88% korisnika nema izražene simptome niti depresivnosti niti i anksioznosti, dok ih 12% pokazuje blage simptome ili depresivnosti (10% ispitanika) ili anksioznosti (16% ispitanika). Umjerene i teške simptome nije iskazao niti jedan korisnik koji je sudjelovao u ovom istraživanju (vidjeti Grafikon 10). Ukupno uzevši, hipoteza H3 prema kojoj će korisnici Doma za starije i nemoćne Osijek vlastito zdravlje smatrati zadovoljavajućim prihvaća se i za mentalno zdravlje.

Grafikon 10. PHQ-4 simptomi



Legenda. PHQ-4 = Upitnik o zdravlju pacijenata

4.4. ODNOS PROCJENE RAZLIČITIH ASPEKATA VLASTITOG ZDRAVLJA S DOBI, BRAČNIM STATUSOM I POKRETLJIVOSTI KORISNIKA (HIPOTEZA H4)

Kako bi se provjerila hipoteza H4 prema kojoj će procjene različitih aspekata zdravlja biti povezane s određenim socio-demografskim faktorima, odnosno s (a) dobi, (b) bračnim statusom i (c) pokretljivosti korisnika ispitana je razlika u procjeni zdravlja između osoba različite dobi, različitog bračnog statusa i pokretljivosti. Deskriptivna statistika za svaku od podskupina prikazana je u Tablici 5.

Tablica 5. Deskriptivni podaci za procjenu vlastitog zdravlja s obzirom na dob, bračni status i pokretljivost

Socio-demografski faktori	Ukupno		Anksioznost		Depresivnost		Ukupno		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Dob									
70-79 godina (n = 18)	53,61	8,37	1,61	0,78	1,33	0,69	2,94	1,35	
80-89 godina (n = 30)	50,33	10,58	1,40	1,28	1,07	1,57	2,47	2,53	
90 i više godina (n = 2)	50,01	8,74	1,54	2,12	2,50	2,12	3,01	2,87	
Usporedba podskupina (ANOVA)	1,61		1,85		1,98		2,18		
Bračni status									
Slobodan/na (n = 4)	50,00	17,80	0,25	0,50	0,81	1,31	2,35	1,55	
Udovac/ica (n = 32)	50,31	8,41	1,12	1,13	0,97	1,55	2,09	2,47	
U vezi (n = 3)	53,00	5,00	1,25	1,00	1,00	1,04	3,00	1,73	
U braku (n = 11)	50,83	9,96	1,17	1,40	0,83	1,42	2,00	2,56	
Usporedba podskupina (ANOVA)	2,21		1,32		0,53		0,91		
Stupanj pokretljivosti i samostalnosti									
			Samostalno (n = 47)	51,49	9,94	1,09	1,17	0,81	1,45
Uz pomoć		1,89	2,38						
savjeta/pomagala(n=3)									
48,75	10,31	1,50	1,29	1,50	1,29	3,00	2,45		
Uz pomoć druge osobe									
(n = 0)	-	-	-	-	-	-	-	-	
Potpuno ovisan/na o drugoj osobi									
(n = 0)	-	-	-	-	-	-	-	-	
Usporedba podskupina (ANOVA)	0,28		0,45		0,84		0,79		

Legenda. M = aritmetička sredina; SD = standardna devijacija; n = broj ispitanika u određenoj podskupini
 $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Kao što se može vidjeti u Tablici 5. jednostavnom analizom varijance nije utvrđena statistički značajna razlika u zdravlje korisnika niti s obzirom na dob, niti s obzirom na bračni status, kao niti s obzirom na stupanj pokretljivosti i samostalnosti osobe. Slični rezultati dobiveni su i za opće zdravlje i za pojedine aspekte mentalnog zdravlja (anksioznost i depresivnost) te ukupno mentalno zdravlje.

Drugim riječima, hipoteza H4 prema kojoj se očekivalo da će procjene različitih aspekata zdravlja (opće i mentalno) biti povezane s određenim socio-demografskim faktorima, odnosno s (a) dobi, (b) bračnim statusom i (c) pokretljivosti korisnika se odbacuje i za opće i za mentalno zdravlje.

4.5. ODNOS PROCJENE RAZLIČITIH ASPEKATA VLASTITOG ZDRAVLJA I ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U DOMU (HIPOTEZA H5)

Naposljetku, kako bi se ispitao odnos između procjena različitih aspekata zdravlja i zadovoljstva kvalitetom života u Domu provedena je korelacijska analiza, a rezultati su prikazani u Tablici 6.

Tablica 6. Interkorelacije zadovoljstva kvalitetom života i različitih aspekata zdravlja

Aspekti zdravlja	Zadovoljstvo kvalitetom života u Domu (r)
Opće zdravlje	0,04
Mentalno zdravlje ukupno	-0,25!
Anksioznost	-0,21
Depresivnost	-0,26!

Legenda. r = Pearsonov koeficijent korelacije

□ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$;

Kao što se može vidjeti u Tablici 6. zadovoljstvo kvalitetom života u Domu bilo je statistički značajno i negativno, iako nisko, povezano mentalnim zdravljem općenito te s depresivnošću, ali na razini rizika od 10%. Konkretno, osobe koje su svoje mentalno zdravlje procijenili lošijim, odnosno osobe koje su izvještavale o izraženijim simptomima depresivnosti su svoje zadovoljstvo kvalitetom života u Domu procjenjivali lošijim.

Dakle, uzimajući u obzir blaži kriterij rizika (10%) hipoteza H5 prema kojoj je očekivana povezanost procjena različitih aspekata zdravlja i zadovoljstva kvalitetom života u Domu se prihvaća.

5. RASPRAVA

Zadovoljstvo kvalitetom domova za starije osobe je vrlo važna tema. Domovi za starije osobe su mjesta gdje starije osobe mogu dobiti potrebnu njegu i podršku, a istovremeno uživati u društvenim aktivnostima i neovisnosti. Kvaliteta usluga koje pružaju domovi za starije osobe može imati veliki utjecaj na zadovoljstvo korisnika. Ukratko, domovi za starije osobe mogu biti od velike pomoći starijim osobama koje više nisu u stanju brinuti se o sebi ili živjeti samostalno. Pružaju sigurno i udobno okruženje, medicinsku skrb, pomoć u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i priliku za društvene aktivnosti. Međutim, važno je pristupiti starijim osobama s poštovanjem i razumijevanjem kako bi se osjećali dobrodošlima i cijenjenima u domovima za starije.

Prva hipoteza (H1) predviđala je da će korisnici Doma za starije i nemoćne Osijek biti zadovoljni kvalitetom života u Domu. Rezultati su pokazali visoku razinu zadovoljstva korisnika u većini aspekata boravka u Domu. Smještaj, organizacija posjeta te odnosi s osobljem i ostalim korisnicima ocijenjeni su visokim ocjenama zadovoljstva. Ovi rezultati ukazuju na to da su usluge i uvjeti prilagođeni korisnicima, što odražava pozitivan utjecaj na njihovo zadovoljstvo životom u Domu. S navedenim se slažu i rezultati istraživanja Roso (2016). Iz provedenog istraživanja u Domu za starije osobe Dubrovnik od strane Roso (2016) proizlazi da su ispitanici izrazito zadovoljni svojim boravkom u domu, uvjetima za život i skrbi koju pružaju zdravstveni djelatnici. Zaključak istraživanja ukazuje na značajan stupanj zadovoljstva u vezi s dostupnošću, empatijom i spremnošću za pružanje podrške u svim "kriznim" situacijama koje se mogu pojaviti kod starijih osoba. Također, profil skrbi koji pružaju korisnicima odgovara očekivanjima i potrebama starijih osoba tijekom njihovog boravka u ustanovi. Također, Studija Lovreković i Leutar (2010) provedena u Zagrebu, koja je obuhvatila 2531 ispitanika smještenih u 19 domova za starije i nemoćne osobe, pokazuje da je 60% starijih osoba koje žive u tim domovima zadovoljno ili jako zadovoljno svojim životom, što je jedan od pokazatelja kvalitete života. Samo 12,8% njih je jako nezadovoljno ili nezadovoljno svojim životom.

Autori istraživanja napominju da su ovi rezultati znatno bolji u usporedbi s drugim istraživanjima provedenim među starijim osobama izvan domova za starije. Većina ispitanika, njih 70,4%, izrazila je zadovoljstvo ili potpuno zadovoljstvo svojim životom u domu, dok je 4,8% potpuno nezadovoljno ili nezadovoljno. Otprilike jedna petina ispitanika (24,8%) svoje zadovoljstvo domom ocjenjuje kao osrednje. Rezultati istraživanja iz Zagreba također

ukazuju da je zadovoljstvo druženjem i aktivnostima u domu, prema sveobuhvatnoj ocjeni, najslabije ocijenjen aspekt u vezi zadovoljstva uslugama u domu.

Druga hipoteza (H2) ispitala je povezanost sociodemografskih faktora (spol, dob, bračni status, stručna sprema) s zadovoljstvom korisnika. Rezultati su pokazali da nema statistički značajnih razlika u zadovoljstvu među različitim skupinama. Ovaj nalaz ukazuje na to da su usluge u Domu prilagođene različitim profilima korisnika, što je važno jer potvrđuje inkluzivan pristup u pružanju skrbi za starije osobe. Odnosno, dom je uspio zadovoljiti različite potrebe i preferencije svojih korisnika, bez obzira na njihove osobne karakteristike. To sugerira da se pružatelji usluga uspješno prilagođavaju raznolikosti potreba starijih osoba, što je ključno za pružanje kvalitetne skrbi u takvim ustanovama.

Treća hipoteza (H3) predviđala je da će korisnici ocijeniti vlastito zdravlje kao zadovoljavajuće. Rezultati su pokazali da većina korisnika ocjenjuje vlastito opće zdravlje kao zadovoljavajuće. Ovo se može povezati s dobrom kvalitetom usluga i njege u Domu. Navedeno se slaže s istraživanjem Roso (2016) u ocjeni vlastitog zdravstvenog stanja. U navedenom istraživanju 21 od ukupno 51 ispitanih (41%) izjavilo je da se osjeća dobro, bez obzira na prisutnost kroničnih bolesti. S druge strane, korisnici koji su označili svoje zdravstveno stanje kao loše ili vrlo loše bili su oni koji su teško pokretni ili nepokretni i ovise o stalnoj pomoći druge osobe. Od ukupno 51 ispitanih, njih 34 (67%) izrazilo je zadovoljstvo razinom zdravstvene skrbi koju su primali. Međutim, 6 ispitanih (12%) izjavilo je da im se pruža vrlo malo brige ili pažnje što se tiče njihovog zdravlja. Ovi rezultati ukazuju na različite percepcije o vlastitom zdravstvenom stanju i kvaliteti pružene skrbi među korisnicima, pri čemu većina ocjenjuje da im je osigurana zadovoljavajuća razina skrbi.

U sklopu istraživanja u ovom radu, provjeren je odnos između općeg i mentalnog zdravlja, pri čemu je utvrđena značajna i negativna povezanost općeg zdravlja s općim mentalnim zdravljem ($r = -0,28$, $p = 0,05$) i depresivnošću ($r = -0,39$, $p < 0,05$), ali ne i anksioznošću ($r = -0,06$, $p > 0,05$). Iako se ne može zaključivati o uzročno-posljedičnim odnosima općeg i mentalnog zdravlja, čini se da je odnos depresivnosti i općeg zdravlja jači. Naposljetku, odnos između anksioznosti i depresivnosti je bio statistički značajan i pozitivan ($r = 0,65$, $p < 0,001$). Drugim riječima, ispitanici koji su izvještavali o izraženijim simptomima anksioznosti su izvještavali i o izraženijim simptomima depresivnosti.

Četvrta hipoteza (H4) ispitala je povezanost procjene različitih aspekata zdravlja s dobom, bračnim statusom i pokretljivošću korisnika. Rezultati su pokazali da nema statistički značajnih razlika u procjeni zdravlja među različitim skupinama na temelju tih faktora. Ovo

sugerira da kvaliteta zdravstvene i socijalne skrbi u Domu nije značajno pogođena tim karakteristikama korisnika.

Peta hipoteza (H5) ispitala je povezanost između procjena različitih aspekata zdravlja i zadovoljstva kvalitetom života u Domu. Rezultati su pokazali statistički značajnu negativnu povezanost između mentalnog zdravlja (uključujući simptome depresivnosti) i zadovoljstva kvalitetom života u Domu. Korisnici koji su izvještavali o lošijem mentalnom zdravlju i prisutnosti simptoma depresivnosti češće su imali nižu razinu zadovoljstva. Ovaj rezultat sugerira da bi se poboljšanjem brige o mentalnom zdravlju korisnika mogla povećati njihova ukupna kvaliteta života. Sukladno s navedenim, rezultati dobiveni iz istraživanja Ajduković, Ručević i Majdenić (2013) pokazuju da su obrasci povezanosti između depresivnosti, tjelesnog i psihičkog zdravlja te funkcionalnih sposobnosti slični kod pokretnih i nepokretnih starijih osoba koje su sudjelovale u istraživanju. Očekivano, funkcionalna sposobnost, kao i različiti aspekti zdravlja, pozitivno su povezani, što znači da su osobe s boljim fizičkim i psihičkim zdravljem obično i funkcionalno sposobnije. Ovi odnosi su bili umjereni do visoki. Također u istraživanju Ajduković, Ručević i Majdenić (2013) depresivnost je zabilježila negativne povezanosti s funkcionalnom sposobnošću i psihičkim zdravljem, kako kod pokretnih tako i kod nepokretnih starijih osoba. To znači da su starije osobe koje su depresivne obično imale lošiju funkcionalnu sposobnost i psihičko zdravlje. Međutim, postojala je razlika u odnosu između depresivnosti i tjelesnog zdravlja između ove dvije skupine. Za razliku od pokretnih sudionika, u kojima je postojala statistički značajna, ali niska negativna povezanost između depresivnosti i tjelesnog zdravlja, u skupini nepokretnih starijih osoba takva povezanost nije bila statistički značajna. Također, korelacije između depresivnosti i psihičkog zdravlja bile su jače nego one između depresivnosti i tjelesnog zdravlja.

5.1. PRAKTIČNE IMPLIKACIJE

Na temelju ovih nalaza može se zaključiti da Dom za starije i nemoćne u Osijeku postiže visok standard kvalitete u pružanju usluga za vlastite korisnike. Ovo istraživanje sugerira da su korisnici iznimno zadovoljni vlastitim boravkom u toj ustanovi i da su usluge usmjerene prema njihovim potrebama i željama. Osim toga, važno je napomenuti da postoji iznimno visoka razina zadovoljstva korisnika, jer samo jedan korisnik iznio je nezadovoljstvo u vezi s prehranom u Domu. To ukazuje na čvrstu pozitivnu dinamiku u pružanju skrbi u toj ustanovi.

Osim aspekta fizičkog zdravlja, rezultati istraživanja također ističu važnost brige o mentalnom zdravlju korisnika. Mentalno zdravlje igra ključnu ulogu u ukupnoj kvaliteti života starijih osoba. Isto treba uzeti u obzir prilikom oblikovanja i prilagodbe usluga koje se pružaju. Ovo je važno za osiguranje cjelovite i holističke skrbi za starije osobe, koja uključuje i njihovu emocionalnu dobrobit.

Nadalje, ovakvi pozitivni rezultati mogu poslužiti kao smjernice za buduće prilagodbe i unaprjeđenja usluga u Domu za starije i nemoćne. To uključuje daljnje osiguranje kvalitete i ispunjavanje promjenjivih potreba starijih osoba. Kroz sustavnu analizu i razumijevanje povratnih informacija korisnika, ustanova može kontinuirano poboljšavati svoje usluge kako bi osigurala visoku kvalitetu skrbi i zadovoljstvo korisnika u budućnosti.

5.2. NEDOSTATCI I MOGUĆA PROŠIRENJA ISTRAŽIVANJA

Važno je napomenuti da ovakva istraživanja često imaju ograničenja, a jedno od njih je ograničenje u općoj primjenjivosti rezultata na šire populacije i različite ustanove. U ovom slučaju, istraživanje je fokusirano na jedan specifičan Dom za starije i nemoćne u Osijeku, što znači da se rezultati ne mogu jednostavno općenito primijeniti na sve druge institucije za starije osobe ili na širu populaciju starijih osoba izvan toga grada ili u drugim dijelovima zemlje.

Buduća istraživanja bi mogla uključiti veći broj sudionika iz različitih institucija kako bi se bolje razumjeli faktori koji utječu na zadovoljstvo i zdravlje starijih osoba u različitim okruženjima institucionalizirane skrbi. Također bi bilo korisno uključiti različite gradove ili regije kako bi se vidjelo postoje li regionalne razlike u zadovoljstvu i zdravlju starijih osoba. Ovo bi pridonijelo širem razumijevanju problema i pomoglo u oblikovanju boljih pristupa skrbi za starije osobe na različitim razinama.

6. ZAKLJUČAK

Domovi za starije osobe su mjesta gdje se stariji građani mogu smjestiti kako bi im se pružila skrb i podrška koja im je potrebna. Iako su korisnici Doma za starije i nemoćne osobe u Osijeku iznimno zadovoljni kvalitetom života u Domu postoje mnogi načini na koje se kvaliteta života u domovima za starije može poboljšati. Jedan od najvažnijih problema s kojima se suočavaju korisnici domova za starije osobe je usamljenost. Usamljenost i izolacija mogu imati negativan utjecaj na zdravlje i dobrobit korisnika, ali nažalost, ovi problemi često ostaju skriveni od prijatelja i obitelji. Stoga je važno da domovi za starije osobe poduzmu korake kako bi se riješili ovog problema. To može uključivati organiziranje društvenih aktivnosti, poticanje interakcije između korisnika i pružanje podrške onima koji se osjećaju usamljeno. Također, poticanje tjelesne aktivnosti može poboljšati zdravlje i dobrobit korisnika.

Domovi za starije osobe mogu organizirati vježbe ili šetnje kako bi potaknuli korisnike da budu aktivni. Osim toga, personalizacija soba može pomoći korisnicima da se osjećaju ugodnije i sigurnije u svom okruženju. To može uključivati dodavanje osobnih predmeta ili fotografija u sobe. Osim što su zadovoljni kvalitetom života korisnici Doma ocjenjuju svoje zdravlje zadovoljavajućim što je s obzirom na dob vrlo dobro. Na kraju, iako su vlastito zdravlje ocijenili zadovoljavajućim poželjan je veći broj zdravstvenih radnika unutar sustava jer isti kontroliraju različite virusne bolesti i smanjuju smrtnost. Stoga bi domovi za starije osobe trebali razmotriti povećanje broja medicinskih sestara kako bi poboljšali kvalitetu skrbi koju pružaju svojim korisnicima.

Ukratko, zadovoljstvo životom u domu za starije osobe i zadovoljstvo vlastitim zdravljem su dva važna faktora koji utječu na kvalitetu života starijih osoba. Poboljšanje ovih faktora može dovesti do bolje kvalitete života za korisnike domova za starije osobe.

7. LITERATURA

1. Ajduković, M. (2008). Socijalni problemi, socijalni rizici i suvremeni socijalni rad. *Revija za socijalnu politiku*, 15(3), 395-414.
2. Ajduković, M., Ručević, S., & Majdenić, M. (2013). Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*, 20(2), 149-165.
3. Barišić, A. (2023). *Odrednice profesionalnogstresa, sagorijevanja i mentalnog zdravlja udomiteljica za djecu* (Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Law).
4. Bäckman, L. (2012). Memory aging and brain maintenance. *Trends in cognitive sciences*, 16(5), 292-305.
5. Bilgili, N. & Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(2), 415-421.
6. Čuković-Bagić (ur.) (2019). *Dentalna i kraniofacijalna antropologija* (str. 55-64). Zagreb: Alfa.
7. Davis, A., McMahon, C. M., Pichora-Fuller, K. M., Russ, S., Lin, F., Olusanya, B. O., ... & Tremblay, K. L. (2016). Aging and hearing health: the life-course approach. *The Gerontologist*, 56(Suppl_2), S256-S267.
8. Dodig, S., Čepelak, I. & Pavić, I. (2019). Hallmarks of senescence and aging. *Biochemia Medica*, 29 (3), 483-497.
9. Duhović, N. (2016). *Rehabilitacija osoba starije životne dobi* (Doctoral dissertation, University North. University centre Varaždin. Department of Biomedical Sciences.).
10. Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389.
11. Freitas, M. C. de, Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. de. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(2), 407-412.
12. Galić, S., Tomasović Mrčela, N., Barać, I., Čizmar, J., Dravinski, S., & Eršek, L. J. (2013). *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba-psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola Osijek.
13. Ganceviciene, R., Liakou, A. I., Theodoridis, A., Makrantonaki, E., & Zouboulis, C. C. (2012). Skin anti-aging strategies. *Dermato-endocrinology*, 4(3), 308-319.

14. GOV (2023) Smještaj starijih i nemoćnih osoba URL: Smještaj starijih i nemoćnih osoba - gov.hr [25.04.2023].
15. Grek, A. (2008). Self-harm and suicide in nursing homes. *Journal of Affective Disorders*, (107), S44-S45.
16. Jedvaj, S., Štambuk, A., & Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(1), 135-154.
17. Halauk, V. (2013). Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, (7), 251-257.
18. Hand, B. N., Angell, A. M., Harris, L., & Carpenter, L. A. (2020). Prevalence of physical and mental health conditions in Medicare-enrolled, autistic older adults. *Autism*, 24(3), 755-764.
19. Harman, D. (2006). Free radical theory of aging: an update: increasing the functional life span. *Annals of the New York academy of sciences*, 1067(1), 10-21.
20. Hlebec, V., Srakar, A., & Majcen, B. (2019). Odrednice dugoročne skrbi u organizaciji skrbi za starije osobe u Europi: dokazi iz istraživanja o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi (SHARE). *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 152-152.
21. HZJZ (2023) Depresija URL: Depresija | Hrvatski zavod za javno zdravstvo (hzjz.hr) [25.04.2023].
22. Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649.
23. Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). New York, USA: Guilford Press.
24. Kovač, B. (2017). Mjerenje kvalitete života vezane uz zdravlje kao mjerilo uspješnosti zdravstvene skrbi. *Zdravstveni glasnik*, 3(1), 86-93.
25. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2009). An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ–4. *Psychosomatics*, 50(6), 613-621.
26. Lewis, C., & Buffel, T. (2020). Aging in place and the places of aging: A longitudinal study. *Journal of aging studies*, 54, 100870.
27. Lovreković, M., & Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociološka istraživanja okoline*, 19(1), 55-79.

28. Mali, J. (2019). Inovacije u dugoročnoj skrbi: slučaj domova za starije osobe u Sloveniji. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 225-
29. Mali, J., & Štambuk, A. (2019). Dugotrajna skrb za starije osobe: izazov za socijalnu gerontologiju i socijalnu politiku. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 129-134.
30. Maslić Seršić, D., & Vuletić, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croatian medical journal*, 47(1), 95-102.
31. McHugh, M. L. (2008). Analiza statističke snage testa u znanstvenom istraživanju. *Biochemia Medica*, 18(3):263–274.
32. Mollica, R. (2001). The evolution of assisted living. A view from the states. *Caring: National Association for Home Care magazine*, 20(8), 24-26.
33. National Institutes of Health (NIH). (2019). Residential facilities, assisted living, and nursing homes. URL: Residential Facilities, Assisted Living, and Nursing Homes | National Institute on Aging (nih.gov) [20.04.2023].
34. National Institutes of Health (NIH) (2020) Depression and Older Adults URL: Depression and Older Adults | National Institute on Aging (nih.gov) [20.04.2023].
35. Nyberg, L., Lövdén, M., Riklund, K., Lindenberger, U., & Jin, K. (2010). Modern biological theories of aging. *Aging and disease*, 1(2), 72.
36. Owsley, C., Ghate, D., & Kedar, S. (2018). Vision and aging. *The Wiley handbook on the aging mind and brain*, 296-314.
37. Partridge, L., & Gems, D. (2002). Mechanisms of ageing: private or public. *Nat. Rev. Genet*, 3, 165-175.
38. Plečaš, B., Živković, L., & Potparević, B. (2009). Biologija i fiziologija starenja. *Arh farm*, 59, 357-72.
39. Ponti, F., Santoro, A., Mercatelli, D., Gasperini, C., Conte, M., Martucci, M., ... & Bazzocchi, A. (2020). Aging and imaging assessment of body composition: from fat to facts. *Frontiers in endocrinology*, 10, 861.
40. Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *Bmj*, 343.
41. Rodgers, J. L., Jones, J., Bolleddu, S. I., Vanthenapalli, S., Rodgers, L. E., Shah, K., ... & Panguluri, S. K. (2019). Cardiovascular risks associated with gender and aging. *Journal of cardiovascular development and disease*, 6(2), 19.
42. Roso, M. (2016). Funkcionalna sposobnost, samoprocjena zdravlja i zadovoljstvo životom starijih osoba u domu umirovljenika. *Sestrinski glasnik*, 21(3), 270-274.

43. Schaum, N., Lehallier, B., Hahn, O., Pálovics, R., Hosseinzadeh, S., Lee, S. E., ... & Wyss-Coray, T. (2020). Ageing hallmarks exhibit organ-specific temporal signatures. *Nature*, 583(7817), 596-602.
44. Stavljenić-Rukavina, A., Mittermayer, R., Tomek Roksandić, S., & Mustajbegović, J. (2012). Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba. Zagreb: Centar za promicanje EU standarda u zdravstvu, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Centar za gerontologiju Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.
45. Šilje, M., & Sindik, J. (2013). Uzroci i faktori rizika depresije kod starih osoba. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 9(34), 33-40.
46. Škarić-Jurić, T. (2019). Starenje kao dio životnog ciklusa. U T. Lauc i I.
47. Štambuk, A., & Penava Šimac, M. (2021). Prikaz udomiteljstva kao oblika skrbi za osobu starije životne dobi u Hrvatskoj. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 57(2), 123-149.
48. Štambuk, A., Skokandić, L., & Penava Šimac, M. (2022). Potrebe starijih osoba za uslugama iz sustava socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 29(2), 191-211.
49. Thane, P. (2003). Social histories of old age and aging. *Journal of social history*, 37(1), 93-111.
50. Tomek-Roksandić, S., Tomasović Mrčela, N., Smolej Narančić, N., Šostar, Z., Duraković, Z., Fortuna, V., ... & Vučevac, V. (2015). Osnove iz zdravstvene gerontologije. U: Puntarić D, Ropac D, JurčevSavičević A, ur. *Javno zdravstvo*. Zagreb: Medicinska naklada, 2015, 256-8.
51. Tse, M. M. Y. (2010). Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 949–958.
52. Tse, M.M.Y. (2007). Nursing home placement: perspectives of community-dwelling older persons. *Journal of clinical nursing*, 16(5), 911-917.
53. Vuletić, G., & Stapić, M. (2013). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*, 6(1-2), 45-61.
54. Yousufuddin, M., & Young, N. (2019). Aging and ischemic stroke. *Aging (Albany NY)*, 11(9), 2542.
55. WHO (2023) WHOQOL URL: [WHOQOL - Measuring Quality of Life | The World Health Organization](#) [27.04.2023].

8. PRILOZI

PRILOG 1 ANKETNI UPITNIK

Percepcija zdravlja i zadovoljstvo kvalitetom života korisnika u Domu za starije i nemoćne osobe Osijek

ANKETNI UPITNIK

Cilj ove ankete je saznati više o skrbi u Domu za starije i nemoćne osobe Osijek i zadovoljstvu kvalitetom života korisnika u svrhu pisanja završnog rada na Posjediplomskom specijalističkom studiju Psihosocijalni pristup u socijalnom radu.

Sudjelovanje u ovoj studiji je potpuno dobrovoljno i anonimno.

Unaprijed zahvaljujem na sudjelovanju!

1.DOB

1. DO 69
2. 70 – 79
3. 80 – 89
4. 90 I VIŠE

2. SPOL

1. MUŠKO
2. ŽENSKO

3.STRUČNA SPREMA

- 1.OSNOVNA ŠKOLA
2. ZANAT
3. SREDNJA ŠKOLA
4. FAKULTET

4. BRAČNI STATUS

1. SLOBODNA/AN
2. UDOVICA/UDOVAC
3. U VEZI
4. U BRAKU

5. STUPANJ SAMOSTALNOSTI I POKRETLJIVOSTI (kako se krećete, obavljate njegu i sl.)

1. SAMOSTALNO

2. UZ POMOĆ SAVJETA/POMAGALA
3. UZ POMOĆ DRUGE OSOBE
4. POTPUNO OVISAN/NA O DRUGOJ OSOBI

6. KAKO STE ZADOVOLJNI SMJEŠTAJEM U DOMU? (PROSTORNA ORGANIZIRANOST, SOBE...)

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

7. KAKO STE ZADOVOLJNI PREHRANOM (KVALITETA, RAZNOVRSNOST, KOLIČINA)?

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

8. KAKO STE ZADOVOLJNI ČESTINOM SLOBODNOG VREMENA U DOMU?

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

9. KAKO STE ZADOVOLJNI OSOBLJEM U DOMU?

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

10. KAKO STE ZADOVOLJNI ODNOSOM S OSTALIM KORISNICIMA DOMA?

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

11. KAKO STE ZADOVOLJNI ORGANIZACIJOM POSJETA (OBITELJ, RODBINA, PRIJATELJI...) U DOMU?

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

12. KAKO STE ZADOVOLJNI ZDRAVSTVENOM NJEGOM U DOMU?

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

13. KAKO STE ZADOVOLJNI VLASITIM ŽIVOTOM DANAS?

1. ZADOVOLJAN/NA SAM
2. DJELOMIČNO SAM ZADOVOLJAN/NA
3. MOGLO BI BITI BOLJE
4. NISAM ZADOVOLJAN/NA

14. KOJI JE RAZLOG VAŠEG SMJEŠTANJA U DOM?

1. BOLEST
2. OSAMLJENOST
3. STAMBENE POTREBE MOJE OBITELJI
4. PRIPREMA ZA RAZDOBLJE KADA ĆE MI BITI POTREBNA DNEVNA SKRB DRUGIH OSOBA

15. PRIJEDLOG ZA POVEĆANJE ZADOVOLJSTVA KVALITETOM ŽIVOTA U DOMU

16. TJEKOM POSLJEDNJA 2 TJEDNA KOLIKO ČESTO STE IMALI JEDAN OD PROBLEMA?

	UOPĆE NE	NEKOLIKO DANA	VIŠE OD POLOVINE NAVEDENIH DANA	SKORO SVAKI DAN
MALO INTERESA ILI ZADOVOLJSTVA U STVARIMA KOJE STE RADILI	0	1	2	3
OSJEĆAJ NERVOZE, TJESKOBE ILI NAPETOSTI	0	1	2	3
OSJEĆALI SE BEZVOLJNO, DEPRESIVNO ILI BEZNADNO	0	1	2	3
NISTE BILI U STANJU PRESTATI SE BRINUTI ILI KONTROLIRATI SVOJU ZABRINUTOST	0	1	2	3
KONTROLIRATI SVOJU ZABRINUTOST	0	1	2	3

17. OPĆENITO, DA LI BISTE LI REKLI DA JE VAŠE ZDRAVLJE (ZAOKRUŽITE JEDAN ODGOVOR):

1. ODLIČNO
2. VRLO DOBRO
3. DOBRO
4. ZADOVOLJAVAJUĆE
5. LOŠE

18. U USPOREDBI S PROŠLOM GODINOM, KAKO BISTE SADA OCIJENILI SVOJE ZDRAVLJE?

1. PUNO BOLJE NEGO PRIJE GODINU DANA
2. MALO BOLJE NEGO PRIJE GODINU DANA
3. OTPRILIKE ISTO KAO PRIJE GODINU DANA
4. MALO LOŠIJE NEGO PRIJE GODINU DANA
5. PUNO LOŠIJE NEGO PRIJE GODINU DANA

19. KAKVE STE TJELESNE BOLOVE IMALI U PROTEKLIH MJESEC DANA?

1. NIKAKVE
2. VRLO BLAGE
3. BLAGE
4. UMJERENE
5. TEŠKE
6. VRLO TEŠKE

20. U KOJOJ SU VAS MJERI TI BOLOVI U PROTEKLA 4 TJEDNA OMETALI U VAŠEM UOBIČAJENOM ŽIVOTU?

1. UOPĆE NE
2. MALO
3. UMJERENO
4. PRILIČNO
5. IZRAZITO

21. KOLIKO SU VAS U PROTEKLIH 4 TJEDNA VAŠE FIZIČKO ZDRAVLJE ILI EMOCIONALNI PROBLEMI OMETALI U DRUŠTVENIM AKTIVNOSTIMA (NPR. SUDJELOVANJE U AKTIVNOSTIMA U DOMU, POSJETE RODBINI, PRIJATELJIMA ITD.)?

1. STALNO
2. SKORO UVIJEK
3. POVREMENO
4. RIJETKO
5. NIKADA

22. KOLIKO JE U VAŠEM SLUČAJU TOČNA ILI NETOČNA SVAKA OD DOLJE NAVEDENIH TVRDNJI? (ZAKRUŽITE JEDAN ODGOVOR U SVAKOME REDU).

	POTPUNO TOČNO	UGLAVNOM TOČNO	NE ZNAM	UGLAVNOM NETOČNO	POTPUNO NETOČNO
ČINI MI SE DA SE RAZBOLIM LAKŠE NEGO DRUGI LJUDI	1	2	3	4	5
ZDRAV SAM KAO I BILO TKO DRUGI KOGA POZNAJEM	1	2	3	4	5
MISLIM DA ĆE MI SE ZDRAVLJE POGORŠATI	1	2	3	4	5
ZDRAVLJE MI JE ODLIČNO	1	2	3	4	5

IZJAVA O AUTORSTVU

Ja, Kristina Leventić izjavljujem da sam autor/ica specijalističkog rada pod nazivom Percepcija zdravlja i zadovoljstvo kvalitetom života korisnika u Domu za starije i nemoćne osobe Osijek.

Potpisom jamčim:

- da je predloženi rad isključivo rezultat mog vlastitog istraživačkog rada
- da su radovi i mišljenja drugih autora/ica, koje koristim, jasno navedeni i označeni u tekstu, te u popisu literature.

U Zagrebu, prosinac 2023. godine

Potpis autora/ice: Kristina Leventić

