

Potrebe starijih osoba za uslugama gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi u odnosu na njihovu funkcionalnu sposobnost

Tičinović, Marina

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:280252>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-19**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Marina Tičinović

**POTREBE STARIJIH OSOBA ZA USLUGAMA
GERONTOLOŠKIH CENTARA IZVANINSTITUCIJSKE
SKRBI U ODNOSU NA NJIHOVU FUNKCIONALNU
SPOSOBNOST**

Diplomski rad

Split, 2022.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Marina Tičinović

**POTREBE STARIJIH OSOBA ZA USLUGAMA
GERONTOLOŠKIH CENTARA IZVANINSTITUCIJSKE
SKRBI U ODNOSU NA NJIHOVU FUNKCIONALNU
SPOSOBNOST**

**(NEEDS OF ELDERLY PEOPLE FOR THE SERVICES OF
GERONTOLOGICAL CENTERS OF NON-INSTITUTIONAL
CARE IN RELATION TO THEIR FUNCTIONAL ABILITY)**

Diplomski rad/Master's Thesis

Mentor:

doc.prim.dr.sc. Nada Tomasović Mrčela, dr.med.

Split, 2022.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

DIPLOMSKI RAD

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Diplomski sveučilišni studij sestrinstva

Znanstveno područje:biomedicina i zdravstvo
Znanstveno polje: kliničke medicinske znanosti

Mentor:Doc. prim. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, dr. med.

POTREBE STARIJIH OSOBA ZA USLUGAMA GERONTOLOŠKIH CENTARA IZVANINSTITUCIJSKE SKRBI U ODNOSU NA NJIHOVU FUNKCIONALNU SPOSOBNOST Marina Tičinović, 0269100160

Sažetak:

Uvod: U diplomskom radu istraživane su samoprocijenjene potrebe starijih osoba za uslugama gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi u odnosu na njihovu funkcionalnu sposobnost. Istraživanje je provedeno u studenom 2021. godine u decentraliziranom Domu za starije i nemoćne osobe Split u okviru institucijskog projekta pod naslovom: „Samoprocijenjena potreba starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“ (SOZS-IP-2020-5).

Metode i ispitanici:Funkcionalna samostalnost starijih osoba je procijenjena pomoću Indeksa po Barthelovoj modificiranog prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. (MBI) u ispitivanju telefonskom anketom koje je uslijedilo nakon obavještanja o istraživanju i pozivu za sudjelovanjem te njihovu dobrovoljnom pristanku uz osiguranu anonimnost. Korišteni su i upitnici o sociodemografskim obilježjima i samoprocjeni starijih osoba o potrebi i odabiru ponuđenih usluga izvaninstitucijske skrbi. U uzorak je konsektivno uključena svaka druga osoba (u dobi od 65 i više godina) sa službene liste čekanja doma za starije osobe, kojoj se ponudilo učešće u istraživanju u vremenu trajanja ispitivanja u studenom 2021. godine.

Cilj:gerontološko – javnozdravstvenom analizom utvrditi postoje li i koje su potrebe starijih osoba za uslugama Gerontološkog centra dok čekaju smještaj u decentralizirani Dom za starije osobe u Splitu.

Rezultati i rasprava:Istraživanje je pokazalo da su ispitanicima (N=182) najpotrebnije „usluge pomoći u kući“ / prosječan broj bodova 2.22 (SD 1.01), potom „usluga dnevnog boravka“/ prosječan broj bodova 1.38 (SD 1.22) te „zdravstvene, socijalne i psihološke usluge“/ prosječan broj bodova 1.11 (SD 1.00). Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika ($p < 0.001$) u prioritnim samoprocijenjenim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama Gerontološkog centra u odnosu na njihovu dobnu skupinu, osim u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za Programima zdravstvene, socijalne i psihološke usluge gerontološkog centra ($p=0.156$). Rezultati prezentiraju statistički značajnu razliku u prioritnim samoprocijenjenim potrebama ispitanika za uslugama Gerontološkog centra s obzirom na kategoriju funkcionalne samostalnosti ispitanika ($p < 0.001$), kao i prema stupnju socijalnih usluga smještaja (1-3) u koju su raspodijeljeni ($p < 0.001$) dok se nije pokazala statistički značajna razlika u odnosu na spol ispitanika, kao niti za razdoblje čekanja ispitanika za smještaj u dom za starije osobe.

Zaključak: : Na temelju provedenog istraživanja zaključuje se da je procjena funkcionalne sposobnosti starijih osoba važan gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj u planiranju izvaninstitucijske skrbi osoba starije životne dobi. Rezultati ovog istraživanja upućuju na nužan intersektorski i interdisciplinarni gerontološki pristup u zaštiti zdravlja starijih osoba te potrebu osnivanja gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi za starije osobe u gradu Splitu.

Ključne riječi: funkcionalna sposobnost; izvaninstitucijska skrb; starije osobe; usluge gerontoloških centara

Rad sadrži: 72 stranica, 20 tablica, 2 priloga, 57 literaturnih referenci.

Jezik izvornika: hrvatski književni jezik

BASIC DOCUMENTATION CARD

MASTER THESIS

University of Split
University Department for Health Studies
Master of Nursing

Scientific area:biomedicine and health care

Scientific field: clinical medical sciences

Supervisor:Doc. prim. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, dr. med.

NEEDS OF ELDERLY PEOPLE FOR THE SERVICES OF GERONTOLOGICAL CENTERS OF NON-INSTITUTIONAL CARE IN RELATION TO THEIR FUNCTIONAL ABILITY

Marina Tičinović, 0269100160

Summary:

Introduction: This paper investigated the self-assessed needs of the elderly for the services of gerontological centers of non-institutional care in relation to their functional ability. The research was conducted in November 2021 in decentralized Nursing home Split as part of an institutional project entitled: „Self-assessed need of the elderly for the gerontological centers' services (non-institutional care) in Split“ (SOZS-IP - 2020 - 5).

Methods and subjects: The functional independence of the elderly was assessed using the Barthel Index modified according to Shah, S., Vanclay, F. and Cooper, B. (MBI) in a telephone survey following the notification of the research and the invitation to participate and their voluntary consent guaranteed anonymity. Questionnaires on socio-demographic characteristics and self assessment of the elderly on the need and choice of offered non-institutional care services were also used. We consecutively enrolled every 2nd participant (aged 65 or older) from the official nursing home waiting list during the period of November 2021.

Objective: By gerontological-public health analysis to determine whether there are and what are the needs of the elderly for the gerontological center's services while waiting for accommodation in a decentralized nursing home in Split.

Results and discussion: The research showed that the respondents (N=182) most needed „home help services“/average number of points 2.22 (SD 1.01), then „living room service“/average number of points 1.38 (SD 1.22) and „ health, social and psychological services“/average number of points 1.11 (SD 1.00). Also, the research showed that there is a statistically significant difference ($p = <0.001$) in the priority respondents' self-assessed needs for the services offered by the gerontology center in relation to their age group, except in the stated need and choice of priority respondents for the Programs of health, social and psychological services ($p = 0.156$). The results present a statistically significant difference in the priority respondents' self-assessed needs for the gerontology center's services regarding the category of respondents' functional independence ($p = <0.001$) and regarding the level of social accommodation services (1-3) in which they are distributed ($p = < 0.001$), but a statistically significant difference wasn't shown in relation to the respondents' sex, as well as regarding the respondents' waiting period for accommodation in a nursing home.

Conclusion: Based on the conducted research, it is concluded that the assessment of the functional independence of the elderly is an important gerontological-public health indicator in the planning of non-institutional care for the elderly. The research's results refer to the necessary intersectoral and interdisciplinary gerontological approach in the health protection of the elderly and the need to establish gerontological centers of non-institutional care for the elderly in the city of Split.

Keywords: functional ability; non-institutional care; the elderly; services of gerontological centers

Thesis contains: 72 pages, 20 tables, 2 supplements, 57 references

Original in: standard Croatian language

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. STARENJE I STAROST	3
1.2. ZDRAVO AKTIVNO STARENJE	4
1.3. FUNKCIONALNA SPOSOBNOST	8
1.4. OBLICI SKRBI ZA STARIJE	11
1.4.1. Institucijska skrb	11
1.4.2. Izvaninstitucijska skrb	13
1.4.3. Gerontološki centri izvaninstitucijske skrbi	14
2. CILJ RADA.....	18
3. IZVORI PODATAKA I METODE	19
3.1. UZORAK	19
3.2. METODE ISTRAŽIVANJA	19
3.3. ANALIZA PODATAKA	21
3.4. ETIČKA PITANJA	21
4. REZULTATI.....	22
4.1. OPĆE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	22
4.2. POTREBE STARIJIH OSOBA ZA USLUGAMA GERONTOLOŠKIH CENTARA	29
4.3. ISPITIVANJE HIPOTEZA	33
5. RASPRAVA.....	53
6. ZAKLJUČCI	58
7. LITERATURA.....	61
8. ŽIVOTOPIS	67
POPIS KORIŠTENIH KRATICA	70
PRILOZI.....	71

ZAHVALA

Najljepše se zahvaljujem mojoj mentorici doc. prim. dr. sc. Nadi Tomasović Mrčela dr.med na nesebičnoj pomoći, strpljenju i razumijevanju tijekom pisanja ovog diplomskog rada. Zahvaljujem joj na brojnim korisnim savjetima, raspravama, idejama, i stalnoj dostupnosti da odgovori na sva moja pitanja.

Najveće hvala mojoj obitelji na bezuvjetnoj podršci, mom malenom sinu Josipu čiji su me osmjesi vedrili i bili motivacija za ostvarenje mojih ciljeva.

Hvala svim mojim prijateljima koji su me ohrabivali, bili oslonac i vjerovali u mene, kada više ni sama nisam vjerovala.

1. UVOD

Zaštita zdravlja starijih osoba obuhvaća sve potrebne postupke i mjere zdravstvene i socijalne skrbi u integriranom i intersektorskom gerontološkom pristupu osobi starije životne dobi (1). Slijedom toga, podrazumijeva se primjena šireg gerontološko-javnozdravstvenog pristupa koji je posebno fokusiran na biološko, socijalno i psihološko stanje, način i uvjete života starije osobe (1-3).

Nerijetko je zastupljena složenost povezanih i isprepletenih socijalno-medicinskih teškoća što stvara razvojni niz funkcionalne onesposobljenosti i bolesti starijih osoba te se često prezentira u vidu fenomena gerijatrijskog domino efekta (3,4).

Sveobuhvatna zaštita zdravlja heterogene populacijske skupine osoba starije dobi implicira nužnu primjenu gerontološkog pristupa koji je individualan za svaku stariju osobu na osnovi funkcionalne sposobnosti i utvrđenih zdravstvenih potreba u odnosu na njihovu lokalnu zajednicu i obitelj (1).

Različite su vrste potreba starijih osoba ovisno o njihovom zdravstvenom stanju, razini funkcionalne sposobnosti (kako fizičke tako i psihičke), njihovom socijalnom funkcioniranju, osobnošću, socio-ekonomskom statusu, stupnju obrazovanja, preferencijama i drugo (1, 3).

Funkcionalna sposobnost starijih osoba je nezaobilazan i ključan gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj za izradbu integriranih gerontoloških programa kao i zadovoljenje objektivno ocijenjenih kako zdravstvenih tako i socijalnih potreba na operativnoj razini u zaštiti zdravlja starijih osoba (1-3).

U cilju ostvarenja što primjerenije, svrsishodnije, učinkovitije i racionalnije zaštite zdravlja starijeg pučanstva nužno je potrebno proučavati, pratiti, utvrđivati, evaluirati i planirati potrebe starijih osoba za zdravstvenom, ali i socijalnom skrbi (1).

Jedna od mogućih grešaka kod stvaranja plana i programa mjera i postupaka zaštite zdravlja starije populacije pomanjkanje je zainteresiranosti stručnjaka za očekivanja individualne starije osobe (3). Očekivanja temeljena na samoprocjeni starije osobe neophodno je uskladiti s utvrđenim i objektivno ocijenjenim stvarnim zdravstvenim i socijalnim potrebama.

Partnerstvo i suodgovorno uključivanje starije osobe u procese stvaranja programa aktivnosti i mjera zaštite zdravlja u starijoj dobnoj skupini odgovara principima zdravog aktivnog i produktivnog starenja (5). Pomoću intergeneracijske solidarnosti izgrađuje se za starije osobe

prijateljska (engl. *Age-friendly*) okolina s jasnom porukom da je starenje „prilika“, a ni u kojem slučaju se ne promatra kao „teret“ za društvo (6).

Sukladno znanstveno-gerontološkim smjernicama te preporukama Svjetske zdravstvene organizacije tendencija je osigurati zaštitu zdravlja koja omogućuje starijim osoba da što dulje žive u svom domu (3,7).

Smjernice Deklaracije Lisabonske ministarske konferencije UN-a (Ujedinjenih naroda) iz 2017. godine, pod naslovom „Održivo društvo za sve dobne skupine: ostvarenje potencijala dužeg životnog vijeka“ naglašavaju važnost promicanja aktivnog zdravog starenja kako bi se održala funkcionalna sposobnost te osigurala optimalna razina zdravlja starijih osoba (9).

Upravo u svrhe osiguranja aktivnog, zdravog i produktivnog starenja značajna je uloga gerontoloških centara koji su prepoznati kao model uspješne prakse izvaninstitucijske skrbi u zaštiti zdravlja starijih osoba u gradu Zagrebu kao i širom Hrvatske (1, 8).

Jedinstvenost sustava institucijske i izvaninstitucijske zdravstvene zaštite uz nužan interdisciplinarni i intersektorski gerontološki pristup, optimiziraju mogućnosti pružanja zaštite zdravlja starijih osoba (7).

Svjetska zdravstvena organizacija je 3. kolovoza 2020. godine na 73. svjetskoj zdravstvenoj skupštini usvojila dokument Akcijskog plana „Desetljeće zdravog starenja 2020. – 2030.“ (engl. *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*)(10). Akcijski plan je usmjeren na četiri gerontološka izazova (11):

- borba protiv „dobizma“ (engl. *ageism*) koja često zahtijeva promjene kako razmišljamo, osjećamo i ponašamo se prema starenju
- pružiti integriranu skrb usmjerenu individualno starijoj osobi te usluge primarne zdravstvene zaštite koje su odgovarajuće starijoj dobnoj skupini pacijenata
- osigurati da je zajednica prijateljska okolina za starije osobe (engl. *Age-friendly*) koja podupire sposobnosti starije populacije
- omogućiti dostupnu dugotrajnu skrb starijim osobama.

Slijedom četiri definirana gerontološka izazova za desetljeće 2020.-2030., na Sveučilišnom odjelu zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu pristupilo se izradi institucijskog projekta pod naslovom: „Samoprocijenjena potreba starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“ (SOZS-IP-2020-5) čiji je sastavni dio ovo istraživanje.

1.1. STARENJE I STAROST

Starenje je proces koji različito nastupa i napreduje u svakog čovjeka ponaosob, utječe na njegove organske sustave, a ovisi i o primjeni preventivnih mjera (1).

Prema recentnim izvorima WHO (*World Health Organization*) starost po kronološkoj dobi dijelimo na (5):

- Ranija starost (65-74 g.)
- Srednja starost (75-84 g.)
- Duboka starost (85 i više g.)

Gerontološka nam istraživanja na razini Europe ukazuju kako će ubrzanim starenjem pučanstva, koje se smatra dostignućem 20. stoljeća, broj funkcionalno sposobnih starijih ljudi biti u porastu (1).

Prema klasifikaciji UN –a hrvatsko pučanstvo spada u četvrtu kategoriju država svijeta kao „vrlo staro pučanstvo“ s obzirom da udio starijih osoba od 65 g i više iznosi više od 10% (5).

Udio populacije u dobi starijoj od 65 godina u Republici Hrvatskoj prema popisnoj 2011 godini iznosio je 17,70%, odnosno 758.633 stanovnika. Raspodjela prema spolu pokazuje da je strukturno više osoba ženskog spola 20,84%, dok je udio muških osoba starijih od 65 godina iznosio 14,33% (12).

Prema popisnoj 2011. godini u Splitsko – dalmatinskoj županiji je ukupan broj osoba starijih od 65 godina iznosio 75 451. U gradu Splitu ukupno je prema popisnoj 2011.g. bilo 30 195 osoba starijih od 65 godina, od toga 12 194 su osobe muškog spola te nešto više osoba ženskog spola 18 001 (13).

U Hrvatskoj je prema podacima Državnog zavoda za statistiku trajanje života očekivano za oba spola u 2019. godini iznosilo 78,5 godina, dok je za osobe ženskog spola iznosilo 81,6 godina, a za muškarce 75,4 godina (14).

Ovaj bi ubrzan nastanak starenja populacije Hrvatske nužno trebao utjecati na prioritetno suzbijanje pogrešnih stavova i predrasuda o starosti i starenju.

Starenje su fiziološke promjene koje neprekidno traju i prirodno se odvijaju u svih živućih bića na svakom biološkom stupnju (stanično, tkivno, kemijski, u sustavu organa i organizmu). Neke promjene počinju začecem ili pri rođenju, zatim tijekom sazrijevanja, a završavaju smrću. Normalna fiziološka pojava naziva se starost, ali biološka starost nije istovjetna sa kalendarskom starošću koja je određena s dobi od 65 godina (7).

Razlikuju se 3 osnovna vida starenja (15):

- Biološko – opadanje i usporavanje svih funkcija organizma s protekom vremena.
- Psihološko – prilagodba i promjene u psihičkim funkcijama i ličnosti.
- Socijalno – promjene koje se dešavaju kod starijih pojedinaca u odnosu na društvo u kojem živi.

Nerijetko se susrećemo s tipičnim predrasudama u odnosu na stariju populaciju, primjerice: kako starije osobe nužno postaju senilne, krutih stavova, te da su sve sličniji što su stariji, teško uče i stižu nova znanja, osamljeni su i religiozniji, gube kreativnost i produktivnost te interes za seksualne odnose i druge predrasude (16).

Prema jednoj od učestalijih predrasuda starenje je nužno povezano s bolešću, nesamostalnošću, funkcionalnom onesposobljenošću i ovisnošću o tuđoj pomoći za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti. Međutim, to je netočno stajalište koje su opovrgnula brojna gerontološka istraživanja (17).

Starija populacija je vrlo heterogena skupina te su izrazite individualne razlike, osobito u odnosu na funkcionalnu neovisnost starijih osoba. Naime, procijenjena funkcionalna sposobnost u odnosu na utvrđene zdravstvene potrebe starije osobe znatno je bolji pokazatelj za primjenu izvaninstitucijske ili institucijske zdravstvene i socijalne skrbi u starijoj dobi nego njihova kronološka dob (18).

Zdravo aktivno starenje populacije u 21. stoljeću postaje javnozdravstveni prioritet. Gerontološki ciljevi su usmjereni postizanju što dužeg životnog vijeka u dobrom zdravlju, s očuvanom funkcionalnom sposobnošću, jer funkcionalno sposobna i zdrava starija osoba je poglavito koristan član zajednice, i kao takva pruža potencijal za prijenos umijeća, znanja, vještina i radnog iskustva na mlađu dob (7).

1.2. ZDRAVO AKTIVNO STARENJE

Najveći udio (%) populacije osoba starijih od 65 godina svoje svakodnevne aktivnosti može obavljati samostalno, a kako bi bili uspješni u tome značajno mjesto ima što duže održavanje funkcionalne sposobnosti, promicanje zdravog aktivnog starenja te gerontološka rehabilitacija (7).

Slijedom toga, aktivno zdravo starenje podrazumijeva sudjelovanje u kulturnim, društvenim, gospodarskim i drugim aktivnostima uz psihičku, tjelesnu i radnu aktivnost u zajednici u kojoj živi i privređuje, a sve navedeno može i treba biti potkrijepljeno intergeneracijskim skladom i solidarnošću (8,5).

Aktivno zdravo starenje stalan je proces koji je tijekom starenja usmjeren osiguranju svakodnevnih aktivnosti s ciljem očuvanja zdravlja i funkcionalne sposobnosti te sigurnosti osoba starije dobi kao i njihovog sudjelovanja i aktivnosti u zajednici u kojoj žive, što nedvojbeno doprinosi kvaliteti življenja (8).

Prihvatanje koncepta zdravog i aktivnog starenja već u mlađoj dobi je nužno razvijati putem vlastitih odluka koje se temelje na pozitivnom zdravstvenom ponašanju. Strategija zdravog starenja nas upućuje na povezanost aktivnosti i zdravlja starijih osoba, dakle preusmjeravanje zaštite zdravlja osoba starije dobi iz kurativnog u preventivni model (18).

Starenje tako ne predstavlja samo nizanje životnih kriza, već napredovanje kroz nove izazove i životne krize (15).

Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „dr. Andrija Štampar“ - Referentni centar Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba izradila je „Vodič - 15 uputa za aktivno i zdravo starenje“ koji ističe da starost ne znači bolest, već ukazuje da je to sigurna budućnost svakog pojedinca i nadasve fiziološka promjena. Vodič je namijenjen osobama starije dobi kao i njihovim obiteljima te široj populaciji s ciljem promjene stavova prema starosti i procesu starenja te svim stručnjacima u multidisciplinarnom timu koji skrbi za starije osobe (5).

Pozitivno zdravstveno ponašanje prema „Vodiču – 15 uputa za aktivno i zdravo starenje“ Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske tijekom starenja odnosi se na sljedeće (19,20):

- „Stalna tjelesna aktivnost do duboke starosti od 85 i više godina (vježbe disanja i vježbe mišića dna zdjelice).“
- „Stalna psihička aktivnost i u dubokoj starosti (od 85 do 94 godine) te u dugovječnih od 95 i više godina, cjeloživotno učenje i stjecanje novih vještina i znanja.“

Također je vrlo važna i pravilna prehrana iz koje proizlaze (19, 20):

- „Smjernice pravilne prehrane za starije od 65 godina, utvrđivanje stanja uhranjenosti (debljina i pothranjenost) – internetski servis NRS 2002.“
- „Pravilna prehrana za starije od 65 godina, dnevni unos do 1.500 kcal te do 2 litre nezaslađene tekućine koja uključuje juhu i varivo; smanjiti unos „5 B“ („bijelo brašno, bijeli šećer, bijela riža, sol, mast“); „sezonsko povrće i voće, plava riba, bijelo meso bez kože; hranu pripremati lešo, bez zaprške, izbjegavati pohanu i prženu hranu, uz glavni obrok do 1 dcl crnog vina“.
- „Spriječiti debljinu / šećernu bolest u ranijoj starosti (od 65 do 74 godine) i osobito pothranjenost u dubokoj starosti (85 i više godina) .“

Tijekom starenja izrazito je korisno (19,20):

- „ Nepušenje i neovisnost o lijekovima, alkoholu, opijatima, crnoj kavi i drugim sredstvima ovisnosti od mladosti do duboke starosti.“
- „Stalna radna aktivnost / produljenje rada ovisno o funkcionalnoj sposobnosti i specifičnosti zanimanja.“
- „Prijenos znanja, vještina, radnog i životnog iskustva na mlađe i druge starije osobe – stariji za starije / mladi za starije / stariji za mlade.“

Obuhvaćene su također upute (19,20):

- „Seksualna aktivnost ne poznaje dobnu granicu.“
- „Stalna aktivna socijalna uključenost, prilagodba na stresne događaje, učenje o samozaštitnoj i suzaštitnoj suodgovornosti za vlastito zdravlje, gerontološki centri / geročuvalice / gerontodomačice / gerontonjegovatelji.“
- „Svakodnevna osobna i okolišna higijena, redovita higijena i sanacija zubi i zubala, obrezivanje noktiju na rukama i nogama, uklanjanje barijera, kliznih i mokrih površina u kući i okolišu uz osvjetljavanje prostora, primjerena obuća radi sprječavanja padova i ozljeda.“

- „Neprihvatanje predrasuda i neznanja o starenju i starosti kao o bolesti, nemoći i ovisnosti o drugima; trajna edukacija iz područja gerontologije stručnjaka različitog profila u skrbi za starije.“
- „Primjena uputa liječenja i kontrolirano uzimanje lijekova pod nadzorom liječnika, sprječavanje geroprofilaktičkih bolesti i gerijatrijskog domino efekta „5 N“ („nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost, nekontrolirano mokrenje, negativan ishod liječenja s polipragmazijom“).“
- „Primjena preporučenih mjera zbog nastalih vrućina / hladnoća / elementarnih nepogoda (poplava, oluja, potres i sl.).“
- „Aktivno zdravo starenje od mladosti do duboke starosti.“

Zdravlje i aktivnost u starijoj dobi rezultat su životnih okolnosti i djelovanja pojedinca tijekom cijelog svog životnog vijeka. Pristup zdravom starenju kroz život pomaže da pojedinci utječu na svoj proces starenja usvajanjem zdravijeg načina života ranije u životu i prilagođavanjem na promjene povezane s dobi (21).

Potrebama starijih osoba povezanih sa zdravljem, zdravim starenjem i karakteristikama populacije osoba starije životne dobi bavi se javnozdravstvena gerontologija (JG) s ciljem razvoja modela starenja koje je aktivno i podržava zdravlje.

Djelatnost JG se zasniva na (22):

- Promicanju zdravog, aktivnog starenja.
- Povećanju zdravlja kao važnog resursa u populaciji starije životne dobi.
- Kvantitativno pozitivističkim istraživanjima i poglavito provođenjem gerontoloških istraživanja s kvalitativnim pristupom kako bi se stvorile nove hipoteze, uz uvažavanje osobnog iskustva starijih osoba u procesu starenja što je od izuzetnog značaja za razvoj integriranih gerontoloških programa u svrhe promicanja zdravlja, unaprjeđenja organizacije zdravstvene zaštite osoba starije dobi te gerijatrijske zdravstvene njege.

1.3. FUNKCIONALNA SPOSOBNOST

Kako bi se osiguralo primjereno kvalitetno življenje, pojedinac mora biti sposoban za obavljanje svih aktivnosti svakodnevnog života koje uključuju psihološko, biološko i socijalno funkcioniranje, a to nazivamo funkcionalnom sposobnošću (7).

Funkcionalni status osoba starije dobi najčešće definiramo na osnovi ograničenja koja se utvrde u obavljanju ADL (*Activities of daily living*) odnosno aktivnosti svakodnevnog života poput: održavanja osobne higijene, samozbrinjavanja, aktivnosti kao što su hranjenje, oblačenje i dr.

Funkcionalni pregled starijih osoba obavlja se kako bi odredili razinu na kojoj osoba funkcionira neovisno (samostalno), postoji li ili ne postoji potreba za pomoći od strane druge osobe, je li potreban nadzor ili korištenje pomagala pri obavljanju aktivnosti koje se ispituju, a neke od njih su hranjenje, oblačenje, hodanje i dr. (23).

Brojne socijalne i zdravstvene potrebe starije osobe mogu biti zadovoljene na način isti ili sličan načinu koji to čine drugi stanovnici u lokalnoj zajednici. Međutim osobe starije dobi imaju različite vrste potreba u odnosu na vrstu oštećenja njihove funkcionalne sposobnosti (s fizičkog i psihičkog aspekta), način socijalnog funkcioniranja, osobnost, obrazovnu razinu, stavove, kulturološke razlike, socio-ekonomski status životne preferencije te što svaka osoba nosi drukčije životno iskustvo (1).

Funkcionalna sposobnost starijih osoba je ključni gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj koji je pri izradi interdisciplinarnih programa neophodan za zadovoljenje zdravstvenih i socijalnih potreba u zaštiti zdravlja starijih osoba.

Dulji fizički život nerijetko se povezuje sa socijalnom isključenošću i gubitkom digniteta, što dovodi do slabljenja funkcionalne sposobnosti te lošijeg zdravstvenog stanja starijeg čovjeka. Starost ne moraju, ali mogu, pratiti multipli deficiti i bolest, ali, budući da je starenje, trajna, neizbježna i sasvim normalna pojava nužno je što duže očuvati funkcionalnu sposobnost i raditi na unaprjeđivanju zdravlja.

Praćenje obilježja pokretljivosti starijih ljudi dio je sveobuhvatnog stručno metodološkog instrumentarija kojem je kriterij procjena funkcionalne sposobnosti starijeg čovjeka, a osim

utvrđivanja fizičkog statusa, kriteriji obuhvaćaju utvrđivanje i procjenu njihove samostalnosti u odnosu na psihički status (2).

Kako bi se procijenila funkcionalna sposobnost populacije starijih osoba (Izvor: „Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba“), definirana su obilježja koja su jednostavna za korištenje i primjenjiva na operativnoj razini, a to su sljedeća (1, 7, 17, 18, 25):

U kategoriji „POKRETNOST (FIZIČKI STATUS)“

1. „Sasvim pokretan“
2. „Ograničeno pokretan (povremeno koristi pomagalo – štap, štake ili ortopedsku klupicu)“
3. „Trajno ograničeno pokretan (trajno koristi invalidska kolica)“
4. „Trajno nepokretan“

„SAMOSTALNOST (PSIHIČKI STATUS)“

1. „Sasvim samostalan“
2. „Ograničeno samostalan (povremene psihičke poteškoće)“
3. „Trajno nesamostalan (trajne psihičke poteškoće)“
4. „Ne može se odgovoriti“

Prilikom utvrđivanja obilježja funkcionalne sposobnosti navedene determinante određuju stupnjeve gerijatrijske njege koje su prihvaćene kao norme prilikom smještaja u stacionarne i stambene dijelove domova za starije, a sukladne su europskim gerijatrijskim normama. Na temelju navedenog potrebno je voditi računa u kojoj kategoriji se nalazi starija osoba, zbog obligacije određivanja potrebnog stupnja gerijatrijske njege, odnosno: što je veći stupanj potreban, proporcionalno se povećava i potreban broj medicinskog osoblja koje bi skrbrilo za stariju osobu (24).

Funkcionalna sposobnost obuhvaća korištenje svih sposobnosti, a osobito onih koje starijoj osobi pomažu kako bi se nadoknadilo opadanje drugih određenih sposobnosti za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života. To podrazumijeva i upotrebu određenih gerontotehnoloških pomagala (25).

U slučaju kada dođe do slabljenja sposobnosti samozbrinjavanja, jedan od pokazatelja u procjeni zdravstvenog stanja bila bi aktivnost koju starija osoba može, ili misli da može, samostalno izvesti, pri čemu je od najvećeg značaja da ona u svom domu funkcionira neovisno (26).

Faktori koji doprinose bolesnom starenju, a time i smanjenju funkcionalne sposobnosti, pojava su kroničnih nezaraznih bolesti, nezdrav način života, poput pušenja, alkoholizma, debljine, pothranjenosti; tjelesna, psihička i radna neaktivnost; loša osobna higijena i nehigijena okoliša (27).

Prema relevantnim podacima WHO kardiovaskularne bolesti su najraširenije, prema broju oboljelih osoba u svijetu. Osim cirkulacijskih bolesti sve je veća pojavnost malignih neoplazmi koje isto tako kod starijih oboljelih osoba znatno utječu na pojavu njihove funkcionalne onesposobljenosti (19).

Osobito je važno mentalno zdravlje da bi starija osoba mogla raditi produktivno, nositi se sa životnim stresovima te pridonositi svojoj zajednici, a nemogućnost funkcioniranja na ovom području dovodi do radne nesposobnosti, poremećaja u socijalnim odnosima što indirektno utječe i na funkcionalnu sposobnost (19).

Za procjenu neovisnosti u obavljanju osnovnih životnih aktivnosti u starijoj dobi, kako u znanstvenim istraživanjima tako i na operativnoj razini, u zaštiti zdravlja starijih osoba se često koriste brojni indeksi za procjenu funkcionalne samostalnosti, a njihov odabir ovisi poglavito o svrsi procjene i skupini korisnika koju ispitujemo.

Primjerice: Skala funkcionalne neovisnosti FIM (*Functional Independence Measure*) jedan je od češće korištenih instrumenata koji se osobito preporučuje za procjenu funkcionalne sposobnosti osoba starije dobi u zdravstvenoj zaštiti na primarnoj razini. Pomoću FIM-a omogućuje se kvantificiranje potrebe osobe za tuđom pomoći kod obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti uz evaluaciju komponenti: samozbrinjavanje, lokomocija, mobilnost, kontrola sfinktera te socijalne spoznaje (28).

Groningen skala se bazira na procjeni prisutnih ograničenja ili mogućnosti obavljanja izvođenja osnovnih svakodnevnih dnevnih aktivnosti i instrumentalnih dnevnih aktivnosti. Kempen i sur. su 1996. g. proveli validaciju Groningen skale na uzorku osoba starije dobi te utvrdili da je skala pouzdana, valjana, i jednostavna za primjenu (29).

U ovom radu je korišten Barthel indeks modificiran prema Shah.S., Vanclay F. i Cooper B., u kojem je za svaku funkciju uvršteno više brojčanih vrijednosti nego što je to u izvornom Barthel indeksu (BI) koji je u svakodnevnu praksu uveden 1965.g. (30, 31).

Rezultati istraživanja pokazuju da je modificirani indeks po Barthelovoj (MBI) postigao veću osjetljivost i pouzdanost od originalne verzije BI.

U korištenju Barthel indeksa boduje se 10 varijabli koje opisuju aktivnosti svakodnevnog života, a to su redom: „osobna higijena, kupanje, prehrana, WC; penjanje uz stepenice, oblačenje; kontrola stolice, kontrola mokrenja; transfer stolica-krevet, pokretljivost te je li osoba pokretna s kolicima“.

Originalna Barthel skala je ordinalna skala koju fizioterapeut, radni terapeut ili drugi promatrač ispunjava u vrlo kratkom vremenu od nekoliko minuta. Svaka se stavka ocjenjuje prema tome može li pacijent izvršiti zadatak potpuno samostalno, je li mu potrebna pomoć osobe ili pomagala, ili je u potpunosti ovisan o pomoći. Ako bolesnik treba ikakvu pomoć druge osobe, ne daje mu se maksimalan broj bodova. Ukupan zbroj bodova iznosi 100, pri čemu 100 označava potpunu samostalnost, raspon od: „91-99 malu ovisnost“, „61-90 umjerenu ovisnost“, „21-60 jaku ovisnost“, „0-20 potpunu ovisnost“, (31).

Barthelov indeks se smatra još uvijek jednim od najšire korištenih i najpopularnijih upitnika koji je pružio obuhvatno testiranje pouzdanosti, valjanosti i osjetljivosti kod mjerenja funkcionalne neovisnosti (32).

Ne možemo očekivati da su korišteni mjerni instrumenti za procjenu funkcionalne sposobnosti sveobuhvatni, zato se u primjeni često kombiniraju.

1.4. OBLICI SKRBI ZA STARIJE

Starije osobe nerijetko same vode brigu o vlastitom zdravlju, stoga znaju kada bi trebali potražiti pomoć zdravstvenih ili socijalnih službi. Većina njih žive sami, kod kuće ili s obitelji. Problemi se javljaju kada se pojave veće potrebe za dugotrajnom skrbi i njegom koje sama starija osoba ili obitelj ne može osigurati. Nadasve je važna procjena kada bi starijoj osobi trebalo pružiti neki oblik skrbi te hoće li to omogućiti da ta osoba i dalje živi kod kuće, ili uz svu pomoć to neće biti moguće (33).

1.4.1. Institucijska skrb

U okviru institucijskog tipa skrbi osoba starije dobi ubrajamo ustanove poput bolnice, domova za starije i nemoćne, smještaj osoba s tjelesnim ili mentalnim oštećenjima te ustanove za smještaj duševnih bolesnika (33).

Definicija institucijske skrbi prema Ministarstvu socijalne politike i mladih je: „Institucijska skrb o starijim osobama odnosi se na uslugu dugotrajnog smještaja koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama, a može obuhvatiti: usluge prihvata, prehrane, stanovanja, nabave odjeće i obuće, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju i njege, čuvanja, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije te organiziranja slobodnog vremena (34).“

Za starije osobe koje žive same, ili su usamljene, institucijska skrb predstavlja opciju koja podržava njihovu sigurnost, dok se boravkom u instituciji zbrinjavaju životne potrebe. Osobe starije životne dobi, koje borave u institucijama ovakvog tipa, imaju svoj životni prostor te im se osigurava puni pension i na taj način osoba ne mora brinuti o kućanskim poslovima i pripremanju obroka. Stalna dostupnost medicinske pomoći tijekom 24 sata je korisna za osobe koje moraju koristiti određene lijekove, a sami ih često zaboravljaju, također osobe koje su sklone padovima ili za kretanje koriste određena pomagala te trebaju pri tom stalni nadzor. Brojne organizirane aktivnosti kao što su medicinska gimnastika, slušanje glazbe, sviranje instrumenata, informatičke radionice i drugo, pridonose cjelokupnom boljem osjećanju starije osobe (35).

Prepoznati nedostaci institucijske skrbi su (35) :

- Starije osobe često nisu uključene u donošenje odluka i moraju se prilagoditi rutini institucije umjesto prilagodbe institucije navikama korisnika, što vodi tome da starija osoba gubi kontrolu, neovisnost, dostojanstvo.
- Medicinsko osoblje katkad svakodnevne životne aktivnosti obavlja umjesto korisnika koji bi to sam mogao obaviti i tako održavati svoju funkcionalnu sposobnost.
- Mogući je nedostatak privatnosti zbog dijeljenja sobe ili kupaonice s drugim osobama.
- Mogućnost pojave fizičkog i psihičkog zlostavljanja od strane osoblja, njihov autoritativan stav ili nedostatak komunikacije.
- Nerijetko se javlja osjećaj usamljenosti, dosade i izoliranosti te osjećaj gubitka svrhe u životu i drugo.

Osobe starije životne dobi preseljenje u instituciju dugotrajne skrbi najčešće doživljavaju kao jednu od težih situacija u životu. Razlozi preseljenja (osoba starije dobi) u instituciju su demencija, neredovito i neadekvatno uzimanje oralne terapije, nemogućnost brige o supružniku ili smrt supružnika, slabljenje vida osobe, zbog čega dolazi do padova i različitih ozljeda; a među najčešćim uzrocima je pojava funkcionalne onesposobljenosti (36).

Primjena gerontoloških mjera u institucijskoj skrbi je nužna zbog promjena u kvaliteti života koja nastaje zbog preseljenja (osoba starijih od 65 i više godina) u dom za starije, pri čemu je svrhovita upotreba multidimenzionalnog pristupa kako bi se održale funkcionalne i kognitivne sposobnosti, podržala očekivanja vezano za smještaj (kod same starije osobe), sustav obiteljskih i socijalnih odnosa, društvenog okruženja te kulturoloških stavova (37).

1.4.2. Izvaninstitucijska skrb

Starije osobe se često veoma teško odlučuju na promjenu sredine u kojoj žive. Razlog tome poglavito se nalazi u strahu od nepoznatog, psihološkoj nesigurnosti, nespremnosti na promjene. U sredinama u kojima žive dostupni su im liječnici i medicinske sestre koje poznaju, poznate zdravstvene ustanove, trgovine na koje su navikli, poznanici s kojima se povremeno susreću te mnoge druge usluge.

Osobe starije dobi ponekad nisu u mogućnosti potpuno samostalno skrbiti o sebi i zadovoljavati svoje potrebe, ali ne žele opterećivati svoju djecu i živjeti u zajedničkom kućanstvu s obiteljima svoje djece (38).

Dosta se europskih zemalja usmjerava prema unaprjeđenju skrbi za osobe starije dobi u njihovim kućama ne samo zbog moguće manjih financijskih troškova, već i zbog toga što vlastiti dom za osobu predstavlja psihičku i emocionalnu sigurnost, uspomene, udobnost... (39).

Izvaninstitucijska skrb uključuje pružanje usluga u kući starije osobe, kao što su: nabavka hrane, pomoć u kući, dostava obroka, liječenje i njega u kući starije osobe, radno-terapijske aktivnosti, kulturne i rekreativne aktivnosti, pravne, obrazovne, socijalne i vjerske usluge te mnoge druge (40).

Ovakav oblik skrbi donosi mnoštvo prednosti nad onima institucijskog tipa, a neke od njih (33):

- Potiču aktivnosti starijeg čovjeka i duže ga drže neovisnim.
- Omogućuju obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti za najveći broj osoba starije populacije koji žive sami u vlastitom domu ili sa svojim obiteljima.
- Potiču iskorištavanje postojećih i razvijanje novih lokalnih i obiteljskih oblika izvora podrške kao i pomoći lokalne zajednice.
- Skrb se odvija u obiteljskoj sredini koja je prirodija te prihvatljivija, dostupnija i prilagođena individualnim razlikama među starijim ljudima koje su velike.

- Nerijetko pruža opciju manje financijske potrošnje jer se u velikoj mjeri temelji na podršci samih članova obitelji, dobrosusjedskoj pomoći, na dobrovoljnom radu i malim privatnim uslužnim servisima u lokalnoj zajednici.

1.4.3. Gerontološki centri izvaninstitucijske skrbi

Neposrednu izvaninstitucijsku skrb u lokalnoj zajednici pružaju multifunkcijski centri gdje borave starije osobe, a nazivaju se gerontološki centri (GC). Također pružaju različiti spektar usluga predviđen Programom zaštite zdravlja starijih osoba.

Na osnovi gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja usluge za svaku lokalnu zajednicu su različite, dakle ne postoji jedinstveni model, već ovisi o praćenju, utvrđivanju i evaluaciji potreba starijeg stanovništva (1).

Osnovni cilj GC-a je da stariji čovjek, koliko je duže moguće, ostane u svom prebivalištu uz svoju obitelj.

Gerontološki centri ne moraju, ali mogu, biti povezani s domovima za starije osobe (7).

Svrha i cilj GC-a bi bio osigurati zdravo, produktivno i aktivno starenje te unaprijediti kvalitetu života djelujući na smanjenje razlike između zadovoljenih i utvrđenih zdravstvenih i socijalnih potreba starijeg pučanstva (1).

Prema podacima iz 2012. god. (recentniji podatci nisu pronađeni u dostupnoj literaturi) u Hrvatskoj djeluje 79 gerontoloških centara (41). Grad Zagreb broji 9 gerontoloških centara koji djeluju pri domovima za starije a to su: „ Dom Centar, Dubrava, Maksimir, Medveščak, Peščenica, Sveta Ana, Sveti Josip, Trešnjevka, Trnje“ (40).

Mjere zdravstvene zaštite na kojima počiva rad gerontoloških centara opisane su u Narodnim novinama (NN 126/2006) te predstavljaju temelj koji bi omogućio napredak, širenje i povećanje broja usluga koje centri pružaju (42).

Kako bi se na najprikladniji način osiguralo funkcioniranje gerontoloških centara, izvršitelje usluga sačinjavaju multidisciplinarni gerontološki timovi, u koje su uključeni stručnjaci različitog profesionalnog profila poput: medicinskih sestara, socijalnih djelatnika, radnih terapeuta, fizioterapeuta; uz poželjno uključivanje i drugih stručnjaka u zaštiti zdravlja osoba starije dobi: liječnika, kineziologa, psihologa, nutricionista i drugih (1, 2, 8).

Gerontološki centri izvaninstitucijske skrbi omogućavaju osobama starije životne dobi korištenje velikog broja socijalnih usluga u potpunosti besplatno, što omogućuje veću uključenost i poboljšanje kvalitete života (43).

Usluge obuhvaćene odabranim programima koje gerontološki centri provode su (1, 2, 8, 43,44):

A) Aktivnosti organiziranja prehrane, dostava toplih obroka, pružanje individualne pomoći starijoj osobi posredno putem gerontodomaćica koje pružaju usluge pomoći u kući.

B) Osiguravanje skrbi u kojoj starija osoba može provesti dio dana te u sklopu vremena provedenog u tzv. „dnevnom boravku“ imati organizirane socijalne usluge poput druženja, radnih aktivnosti, a ako je potrebno i pružanje zdravstvenih usluga.

C) Aktivnosti poput medicinske gimnastike, pjevačkih zborova, sportskih tečajeva, igranja šaha, okupacijske i radne terapije se osiguravaju programima stalne psihičke, fizičke i radne aktivnosti.

D) Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge obuhvaćaju primjerice: savjetovanja psihologa, povećanje dostupnosti i omogućavanje usluga iz „Programa mjera primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe“, kao mjere koje se odnose na zdravstvenu njegu i rehabilitaciju.

E) Posudionica ortopedskih pomagala, poput štaka, ortopedskih klupica i kolica uvelike su korisne, kao i pomoć u ispunjavanju formulara, čitaonica dnevnog tiska, što bi se svrstalo u usluge „tehničke pomoći“.

F) Reaktivacija potencijala i uloge starije osobe moguće je kao odgajatelj u skrbi za djecu, osiguranje gerontonegovatelja u skrbi za starije i drugo..., a pruža se preko usluga gerontoservisa (1, 2, 8, 43,44).

„Pravo na pomoć u kući ostvaruje osoba kojoj je zbog tjelesnog, mentalnog, intelektualnog, ili osjetilnog oštećenja, ili trajnih promjena u zdravstvenom stanju, ili starosti, prijeko potrebna pomoć druge osobe i kojoj je zbog privremenih promjena u zdravstvenom stanju prijeko potrebna pomoć, a ima niske prihode po članu obitelji (45).“

Pomoć u kući pružaju gerontodomaćice koje starijim osobama pomažu u obavljanju kućanskih poslova kao što su: nabava namirnica, pranje posuđa, pripremanje ili donošenje toplih obroka, nabava lijekova, pranje i glačanje rublja...Također pomažu pri održavanju osobne higijene te pri oblačenju i svlačenju ukoliko je potrebno. Organiziraju prijevoz do liječnika, a ukoliko je potrebno, odlaze i kao pratnja starijoj osobi. Za posao gerontodomaćice postoji verificirani tečaj koji je sličan tečaju za negovateljice, ali one su više usmjerene na

brigu o njezi bolesnika. Količina dolazaka i vrsta pomoći koju će pružiti gerontodomaćica dogovara se individualno ovisno o potrebama same starije osobe. Korisnici navedenu uslugu mogu dobiti besplatno od strane nadležnog Centra za socijalnu skrb uz zadovoljenje uvjeta o prihodima. Nerijetko upravo gerontodomaćice budu jedine osobe s kojima starije osobe kontaktiraju, a samim time ostvaruju druženja i razgovor. Povjerenje i čuvanje osobnih podataka i dostojanstva same osobe, kojoj se pružaju usluge, mora biti na prvome mjestu (46). Budući da se korisnici usluga gerontoloških centara razlikuju po svojim interesima, očuvanim psihofizičkim sposobnostima, aktivnosti koje se provode u sklopu centara su sukladno tome raznovrsne i mnogobrojne.

Tako usluge pomoći u kući doprinose ublažavanju poteškoća povezanih sa smanjenom funkcionalnom sposobnosti i poteškoćama uzrokovanih bolestima, te omogućavaju dostojanstven i siguran život u vlastitom domu starije osobe, dokle god to njihovo psihofizičko stanje dozvoljava.

Posudionicu pomagala mogu koristiti osobe koje ne mogu ostvariti prava na ortopedska pomagala putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, a potrebna su im zbog privremenih ili trajnih promjena u njihovom zdravstvenom stanju.

Raznovrsnost aktivnosti postiže se organiziranjem preventivno-zdravstvenih aktivnosti, radno-kreativnih aktivnosti, sportsko-rekreativnih, kulturno-zabavnih aktivnosti, tribinama i tematskim predavanjima, zatim računalnim radionicama, tečajevima stranih jezika, savjetovalištima i drugo (40).

Iskustvenim prijenosom umijeća, znanja i vještina starijih osoba u sklopu djelatnosti GC-a uz primjenu iskoristivog potencijala te osiguranjem geronto-servisa u kojima funkcionalno neovisna starija osoba djeluje, vodi međugeneracijskoj povezanosti mladih i starijih (1).

Bitne odrednice gerontološkog centra su (2, 8):

1. Putem neposredne izvaninstitucijske skrbi u lokalnoj zajednici osigurati zaštitu zdravlja starijih osoba s različitim razinom funkcionalne sposobnosti.
2. GC sprovodi mjere iz „Programa primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe“, kako bi zaštitio zdravlje starijih ljudi uz postupke i mjere usmjerene upravo starijoj populaciji u lokalnoj zajednici.
3. Mjesto stalne tjelesne, psihičke i radne aktivnosti, reeduciranja, podučavanja i reintegracije starijih i mladih u skrbi za starije, usmjereno je prema gerontološkom centru kao središnjem

okupljalištu starijih osoba u provedbi i promociji prevencije čimbenika rizika bolesnog starenja.

4. Integralno djelovanje različitih nositelja socijalne i zdravstvene skrbi za starije osobe se osigurava u GC-u koordiniranjem djelatnosti te interdisciplinarnim pristupom, dostupnošću, učinkovitošću, racionalnošću, sustavnošću i slično.

5. Upravo su gerontološki centri mini-učilišta i stvarionice kako bi što bolje pripremili osobe za mirovinu i starost, te pružili trajnu gerontološku izobrazbu, ne samo starijim osobama, već i onima u mlađoj životnoj dobi.

2. CILJ RADA

Glavni je cilj gerontološko-javnozdravstvenom analizom utvrditi postoje li i koje su potrebe starijih osoba za uslugama gerontološkog centra dok čekaju smještaj u decentralizirani dom za starije osobe u Splitu. Specifični ciljevi ovog istraživanja jesu sljedeći:

1. Usporediti potrebe ispitanika za uslugama gerontološkog centra u odnosu na njihovu dobnu skupinu.
2. Analizirati potrebe ispitanika za uslugama gerontološkog centra u odnosu na njihov spol.
3. Utvrditi postoji li razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti.
4. Izvršiti usporedbu preferencija ispitanika za uslugama gerontološkog centra prema njihovom potrebitom stupnju socijalnih usluga smještaja (1-3) u domu za starije osobe.
5. Utvrditi postoji li razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) prema vremenskom razdoblju njihovog čekanja za smještaj u dom za starije osobe.

Hipoteze istraživanja su sljedeće:

- H1. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na dobnu skupinu.
- H2. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na spol.
- H3. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti.
- H4. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na stupanj socijalne usluge smještaja koji im je potreban.
- H5. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) prema vremenskom razdoblju njihovog čekanja za smještaj u dom za starije osobe.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. UZORAK

Empirijski dio rada provodio se u mjesecu studenom 2021. godine u prostorijama Doma za starije i nemoćne osobe Splitu – dislociranom objektu Vukovarska. Istraživanje se provodilo telefonskim anketiranjem uz osiguranu anonimnost osoba starije dobi koje su na službenoj listi čekanja za smještaj u Dom za starije i nemoćne osobe u Splitu. U uzorak je konsektivno uključena svaka druga osoba (u dobi od 65 i više godina) kojoj se ponudilo učešće u istraživanju s predmetne liste čekanja u definiranom vremenu trajanja ispitivanja u studenom 2021. godine.

3.2. METODE ISTRAŽIVANJA

Anketiranje se provelo na način da glavna sestra doma za starije (dom za starije raspolaže s podacima brojeva telefona osoba koji su na službenoj listi čekanja za institucijski smještaj) preliminarno kontaktira sa starijim osobama s liste čekanja zbog poštivanja GDPR-a (*General Data Protection Regulation*) i informira ih o istraživanju, a potom, ako slijedi usmeni pristanak upitane osobe, provodi se intervju (u trajanju prosječno 20 minuta) koji se sastojao od pitanja priloženih upitnika (četiri upitnika).

Rezultati istraživanja koja su do sada provedena upućivala su da se procjena funkcionalnog statusa pomoću upitnika MBI može provesti i telefonskim putem, a upravo to je bila planirana metodologija u ovom istraživanju (47,48). Ispitanici su bili obaviješteni o istraživanju (telefonski) te im se objasnilo ukratko sadržaj, svrha i cilj istraživanja. Nakon obavijesti o istraživanju s pozivom za sudjelovanje, te njihovog dobrovoljnog pristanka (telefonski) pristupilo se ispitivanju prema planu istraživanja. U slučaju da ispitanik ima skrbnika, telefonski bi se razgovaralo sa skrbnikom u svrhe odobrenja za ispitivanje. Anonimnost je osigurana u smislu identiteta ispitanika, a mogućnost odustajanja od istraživanja su imali u bilo kojem trenutku. Na upitnike se zabilježila samo šifra ispitanika i podatci prikupljenim telefonskim ispitivanjem bez upisivanja osobnih podataka koji bi eventualno omogućili identifikaciju ispitanih.

Samo deset od pozvanih starijih osoba nije prihvatilo sudjelovanje u predmetnom istraživanju. U istraživanje nisu bile uključene starije osobe ako ne pristanu na ispitivanje, kao

i osobe s ozbiljnijim zdravstvenim problemima koje bi mogle utjecati na mogućnost sudjelovanja u ispitivanju poput Alzheimerove bolesti i drugih demencija (srednji/srednje teški stadij bolesti, teške demencije, odnosno osobe kojima je potreban četvrti stupanj socijalnih usluga), a zatim i osobe koje imaju akutnu bolest s visokom tjelesnom temperaturom ili poremećajem svijesti.

Svi članovi istraživačkog tima obvezali su se čuvati povjerljivost podataka. Prikupljeni podatci koristit će se samo u navedene svrhe te neće biti moguće povezati podatke s identitetom ispitanika.

Ovo istraživanje je u okviru provedbe institucijskog projekta: „Samoprocijenjena potreba starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“ (SOZS-IP-2020-5) i dalje u tekstu se označava kao: I. dio projekta.

Predmetni institucijski projekt je analitičko presječno istraživanje s nositeljem Sveučilišnim odjelom Zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu u suradnji s Referentnim centrom Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba - Službom za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ „Dr. Andrija Štampar“ u Zagrebu i Doma za starije i nemoćne osobe u Splitu.

Ulazne (nezavisne) varijable u ovom istraživanju (I. dio projekta) jesu:

- a) dobna skupina korisnika
- c) spol korisnika
- c) procijenjena razina funkcionalne samostalnosti korisnika (telefonski prema upitniku indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. (MBI)
- d) potrebni stupanj socijalnih usluga smještaja (1-3)
- e) duljina čekanja na službenoj listi za smještaj u dom za starije/ mjeseci, godine
- f) odabir najpotrebnijih ponuđenih usluga (rangiranje prioriteta od 1-3) koje gerontološki centri pružaju (upitnik u prilogu)
- g) stupanj obrazovanja
- h) tip kućanstva u kojem živi
- i) roditeljstvo
- j) pokretnost/kategorije
- k) ženidbeni status
- l) način primanja pomoći za obavljanje ADL-a ako je potrebna.

Izlazne (zavisne) varijable su povezanost odabira ponuđenih usluga koje gerontološki centri pružaju s prethodno navedenim ulaznim varijablama od a) – e).

Istraživanje (I. dio projekta) se provodilo pomoću anketnih upitnika koji se sastojao od tri dijela: Upitnik o sociodemografskom statusu, Upitnik za samoprocjenu starijih osoba o potrebi i odabiru ponuđenih usluga izvaninstitucijske skrbi (u Prilogu), Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. (MBI).

3.3. ANALIZA PODATAKA

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnom frekvencijom i postotcima, dok su numerički podatci opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom. Razlike između skupina su testirane hi kvadrat testom. Razina statističke značajnosti postavljena je na $p < 0,05$. Podatci su statistički obrađeni korištenjem računalnog programa SPSS (inačica 28.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD). Struktura ispitivanih sociodemografskih varijabli prikazana je grafički i tabelarno.

3.4. ETIČKA PITANJA

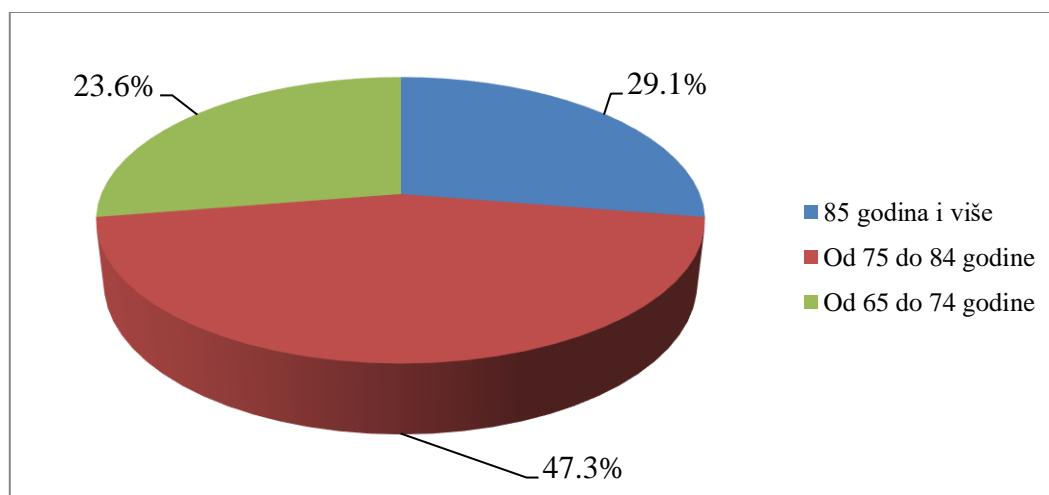
Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu. (KLASA: 001-01/ 20-01/ 004, UR. BROJ: 2181-228-07-0004, 24.6.2020) te uz suglasnost ravnatelja Doma za starije i nemoćne osobe Split (100- 00/ 21- 01/81, 2181-531-01-04-21-1, 17.9.2021).

4.REZULTATI

U ovom se poglavlju diplomskog rada prikazuju rezultati provedenog istraživanja, s time da se prvo analiziraju podatci vezani za opće karakteristike ispitanika, zatim podatci koji se odnose na potrebe starijih osoba za uslugama gerontoloških centara, a nakon toga slijedi ispitivanje istraživačkih hipoteza.

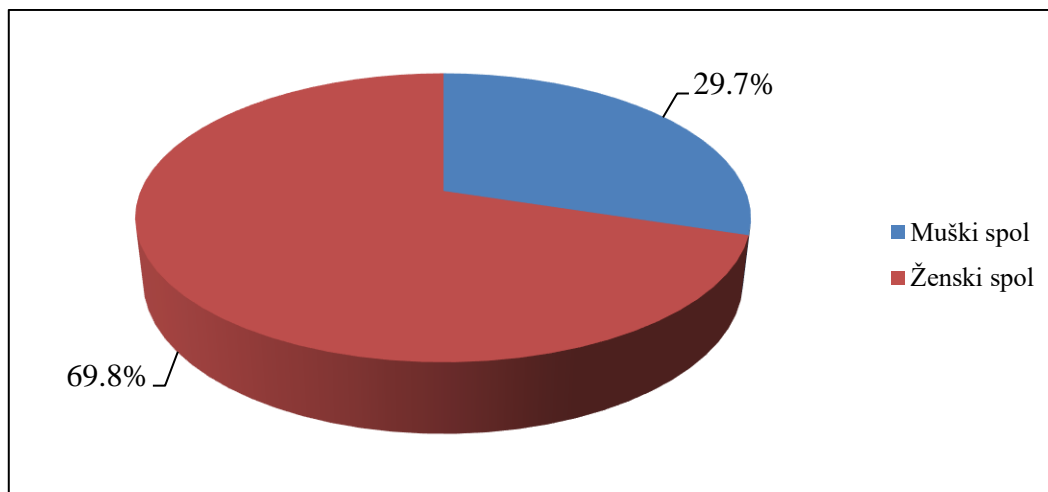
4.1. OPĆE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA

Kako je istaknuto, u istraživanju su sudjelovala 182 ispitanika. Pokazalo se da su u istraživanju sudjelovala 53 ispitanika (29.1%) u dobi od 85 godina i više, 86 ispitanika (47.3%) u dobi između 75 i 84 godine te 43 ispitanika (23.6%) u dobi od 65 do 74 godine. Struktura ispitanika prema dobi prikazana je na grafikonu 1.



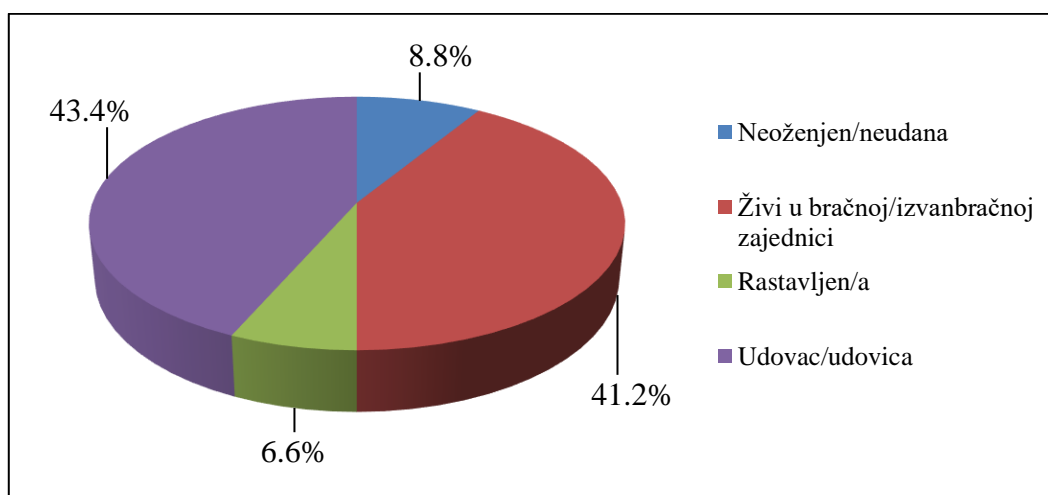
Grafikon 1. Struktura ispitanika prema dobi

Prema podacima istaknutima u grafikonu 2. vidljivo je da su u istraživanju sudjelovala 54 ispitanika (29.7%) muškog spola, a 127 ispitanika (69.8%) ženskog spola. Struktura ispitanika prema spolu prikazana je na grafikonu 2.



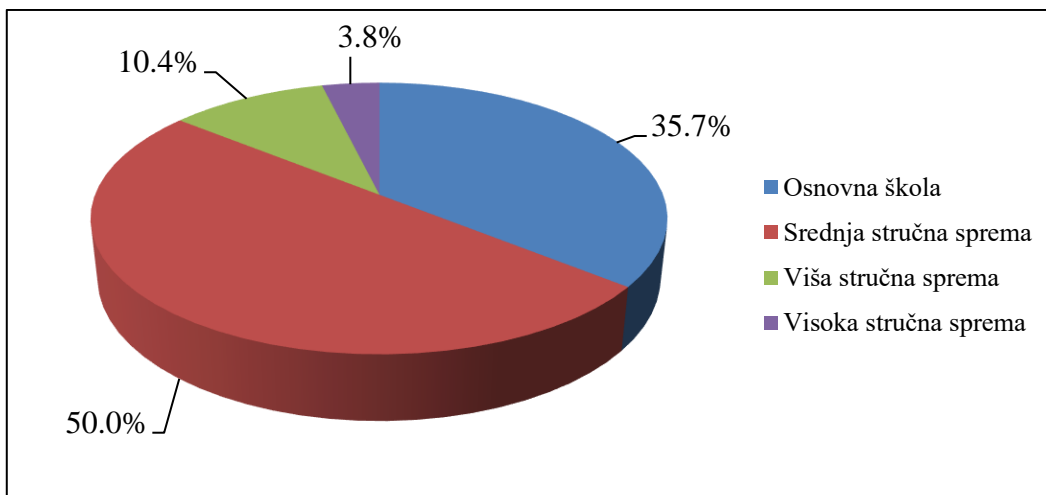
Grafikon 2. Struktura ispitanika prema spolu

Prema podacima prikazanim u grafikonu 3. vidljivo je da 16 ispitanika (8.8%) nije oženjeno/udano, da 75 ispitanika (41.2%) živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, da je 12 ispitanika (6.6%) rastavljeno te da je čak 79 ispitanika (43.4%) udovaca, odnosno udovica. Struktura ispitanika s obzirom na bračni status prikazana je na grafikonu 3.



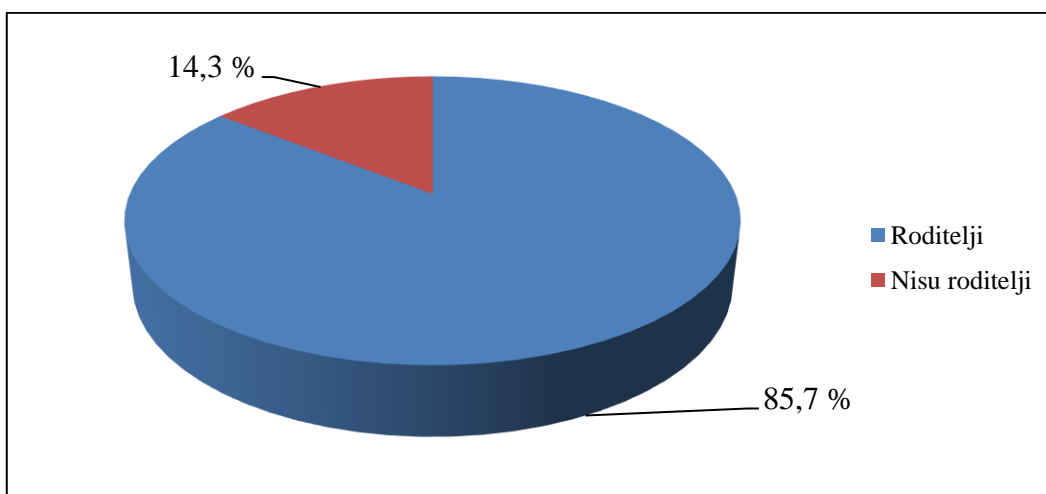
Grafikon 3. Struktura ispitanika s obzirom na bračni status

S obzirom na stupanj obrazovanja pokazalo se da je 65 ispitanika (35.7%) završilo samo osnovnu školu. Nadalje, 91 ispitanika (50.0%) ima srednju stručnu spremu, 19 ispitanika (10.4%) višu stručnu spremu, a tek sedam ispitanika (3.8%) visoku stručnu spremu. Struktura ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja prikazana je na grafikonu 4.



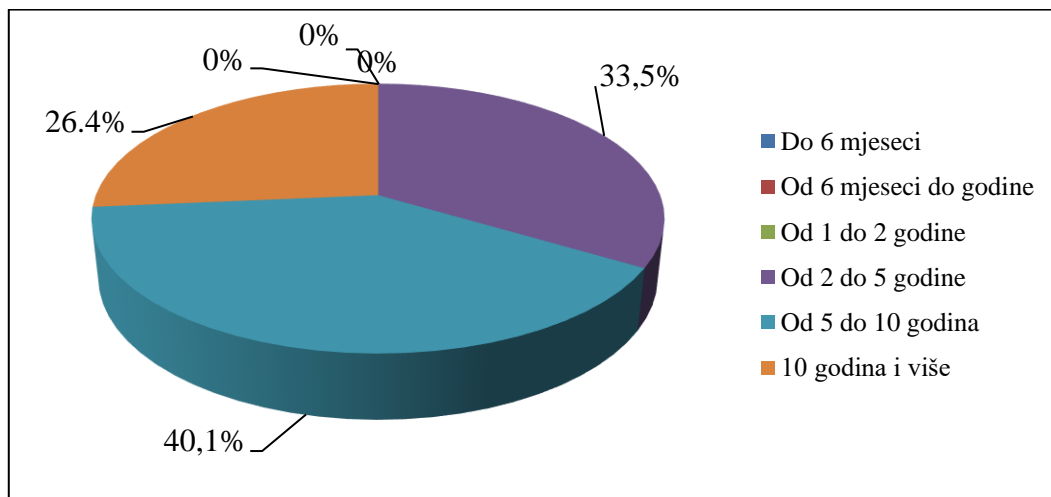
Grafikon 4. Struktura ispitanika prema stupnju obrazovanja

Pokazalo se da je od 182 ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju njih 156 (85.7%) su roditelji, odnosno imaju djecu, dok preostalih 26 ispitanika (14.3%) nema djecu. Među ispitanicima koji imaju djecu najveći je udio ispitanika koji imaju dvoje djece. Točnije, dvoje djece ima 71 (39,0%) od ukupnog broja ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju. Slijede ispitanici koji imaju jedno dijete – jedno dijete ima 45 ispitanika (24.7%) od ukupnog broja ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju. Troje djece ima 29 ispitanika (15.9%) ispitanika, dok 11 ispitanika (6.0%) ima četvero djece. Struktura ispitanika s obzirom na roditeljstvo prikazana je na grafikonu 5.



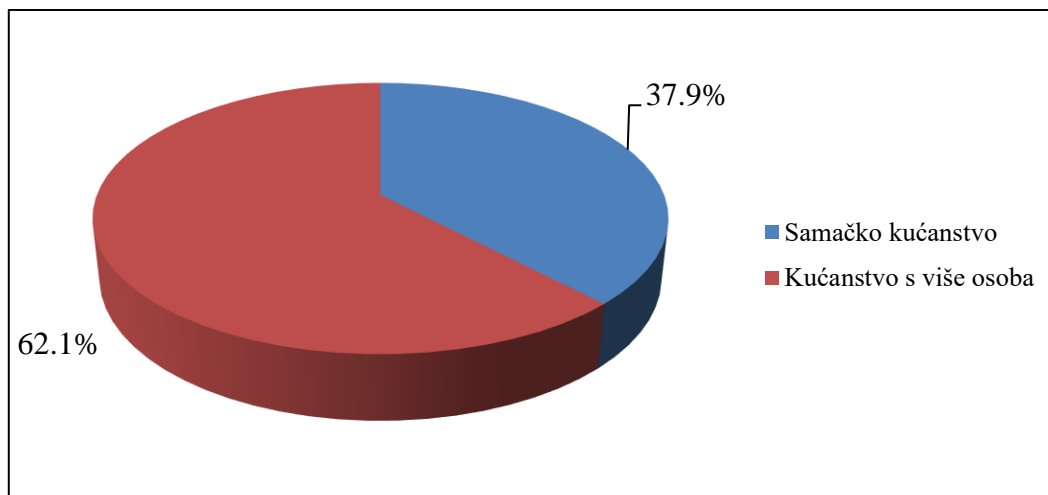
Grafikon 5. Struktura ispitanika s obzirom na roditeljstvo

Pokazalo se da nitko od ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju ne čeka na mjesto u domu za starije i nemoćne osobe kraće od dvije godine. Najviše ispitanika čeka (na mjesto u domu za starije i nemoćne) od pet do deset godina. Točnije, takvih je 73 među ispitanima (40,1%). Slijede ispitanici koji čekaju na mjesto od dvije do pet godina – njih 61 (33,5%) te ispitanici koji na mjesto u domu za starije i nemoćne čekaju deset i više godina – njih 48 (26,4%). Struktura ispitanika s obzirom na vrijeme čekanja za mjesto u domu za starije i nemoćne osobe prikazana je na grafikonu 6.



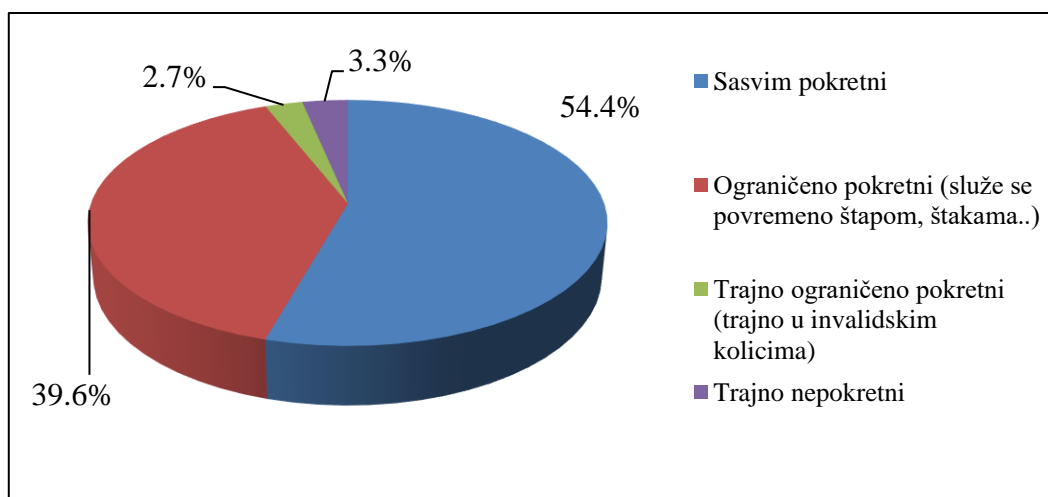
Grafikon 6. Struktura ispitanika s obzirom na vrijeme čekanja za mjesto u domu za starije osobe

S obzirom na tip kućanstva više od dvije trećine ispitanika živi u kućanstvu s više osoba. Točnije, u takvom kućanstvu živi 113 ispitanika (62,1%). S druge strane, u samačkom kućanstvu živi preostalih 69 ispitanika (37,9%). Struktura ispitanika prema tipu kućanstva prikazana je na grafikonu 7.



Grafikon 7. Struktura ispitanika prema tipu kućanstva

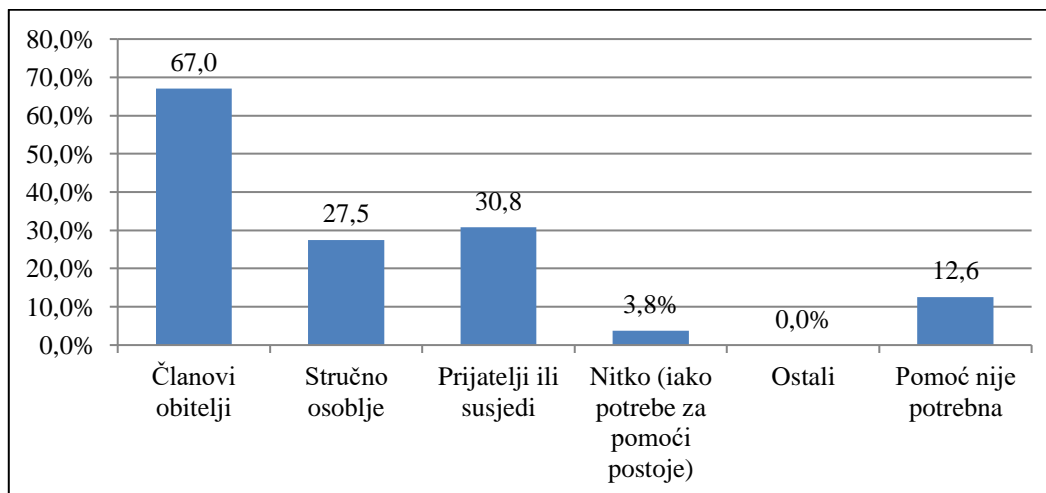
S obzirom na pokretljivost ispitanika pokazalo se da je više od polovice, odnosno 99 ispitanika (54.4%) sasvim pokretno. Pomoću štapa, štake ili ortopedske klupice pokretno je 72 ispitanika (39.6%), u invalidskim kolicima trajno je ograničeno pokretnih pet ispitanika (2.7%), dok je trajno nepokretnih tek šest ispitanika (3.3%). Struktura ispitanika s obzirom na pokretnost prikazana je na grafikonu 8.



Grafikon 8. Struktura ispitanika s obzirom na njihovu pokretljivost

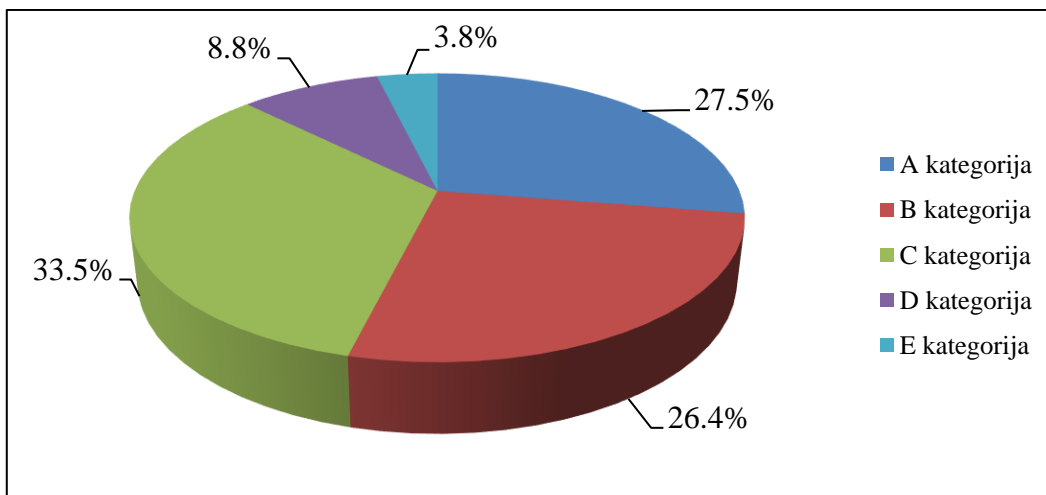
S obzirom na pružatelje pomoći koji ispitanicima pomažu u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života najveći je udio ispitanika kojima pomažu članovi obitelji – takvih je 122 ispitanika (67.0%). Nadalje, 56 ispitanika (30.8%) je navelo da im pomažu prijatelji ili susjedi, 50 ispitanika (27.5%) da im pomoć pruža stručno osoblje (njegovatelji, medicinske sestre i drugi), a sedam ispitanika (3.8%) da im nitko ne pomaže, iako postoje potrebe za

pružanjem pomoći. S druge strane, 23 ispitanika (12.6%) navelo je da im ne treba tuđa pomoć za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života. Struktura ispitanika s obzirom na pružatelje pomoći za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti prikazana je na grafikonu 9.



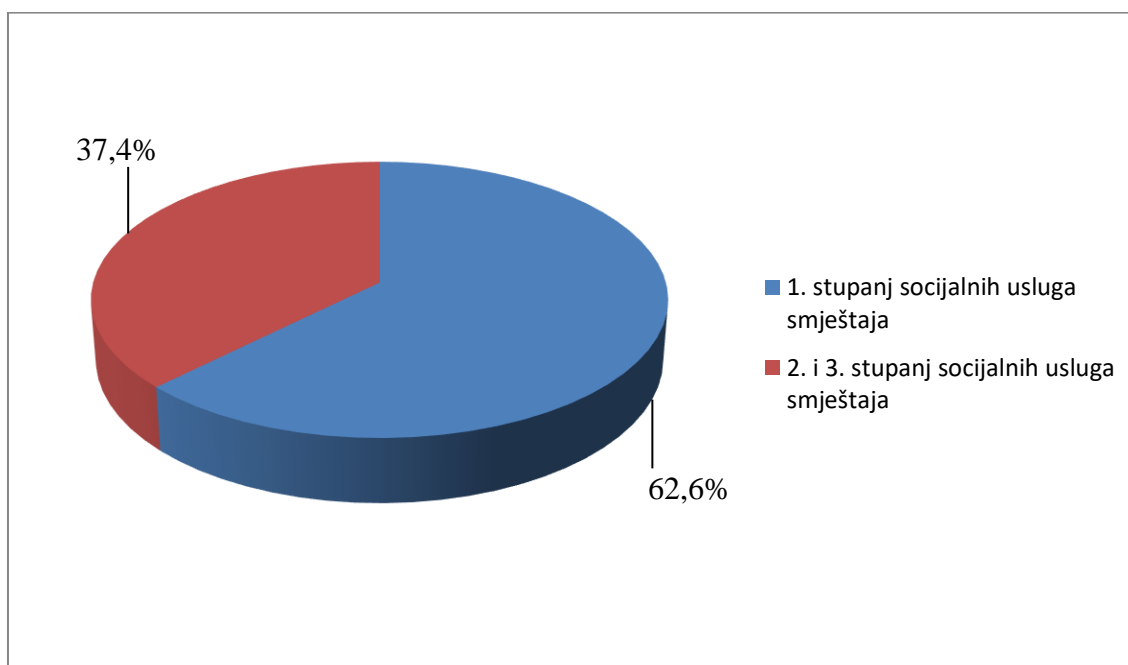
Grafikon 9. Struktura ispitanika s obzirom na pružatelje pomoći za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti

Što se tiče strukture ispitanika s obzirom na MBI (Protokol za evaluaciju stupnja funkcionalne samostalnosti) pokazalo se da je najveći udio ispitanika u C kategoriji, odnosno umjereno ovisan. Takvih je 61 ispitanika (33.5%). Slijede ispitanici koji pripadaju A kategoriji, odnosno koji su potpuno neovisni, njih 50 (27.5%) te ispitanici koji pripadaju B kategoriji, odnosno koji su malo ovisni, a to je njih 48 (26.4%). Među ispitanicima je njih 16 (8.8%) koji pripadaju D kategoriji, odnosno koji su jako ovisni, a i sedam ispitanika (3.8%) koji pripadaju E kategoriji, odnosno koji su potpuno ovisni o drugima i tuđoj pomoći. Struktura ispitanika s obzirom na MBI kategorije prikazana je na grafikonu 10.



Grafikon 10. Struktura ispitanika s obzirom na MBI kategorije

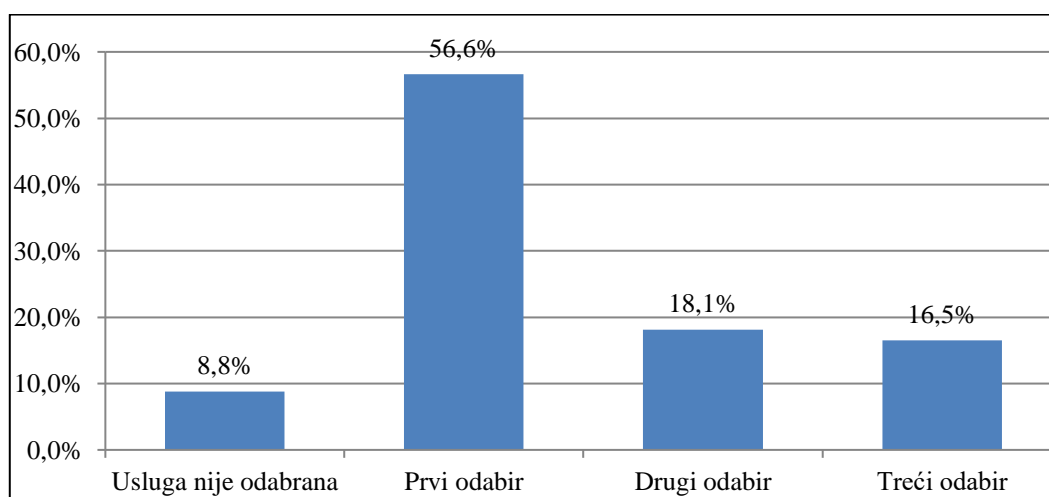
U ovom istraživanju je 114 (62,6%) ispitanika koji su razvrstani prema službenoj listi čekanja za prvi stupanj socijalnih usluga smještaja, a 68 (37,4%) ispitanika za drugi i treći stupanj socijalnih usluga smještaja u decentralizirani dom za starije osobe u Splitu.



Grafikon 11. Raspodjela ispitanika prema potrebnom stupnju socijalnih usluga smještaja (podatci službene liste čekanja doma za starije osobe)

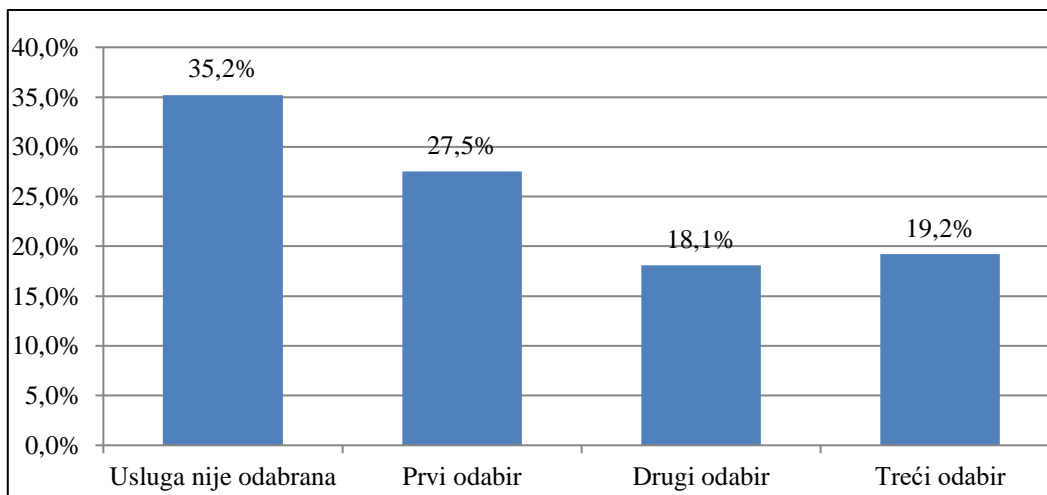
4.2. POTREBE STARIJIH OSOBA ZA USLUGAMA GERONTOLOŠKIH CENTARA

Na pitanje o odabiru ponuđenih usluga gerontološkog centra pod nazivom „Usluga pomoći u kući“ 16 ispitanika (8,8%) je odgovorilo da usluga nije odabrana (ocjena 0, bodova 0), 103 osobe (56,6%) dale su odgovor kako im je to prvi odabir (ocjena 1, bodova 3), 33 ispitanika (18,1%) odgovorilo je da im je to drugi odabir (ocjena 2, bodova 2), a njih 30 (16,5%) je odgovorilo da im je treći odabir (ocjena 3, bodova 1). **Prosječan broj bodova bio je 2.22 (SD 1.01).** Prema tome, vidljivo je da je najvećem dijelu ispitanika korištenje te usluge prvi odabir. Podatci su prikazani na grafikonu 12.



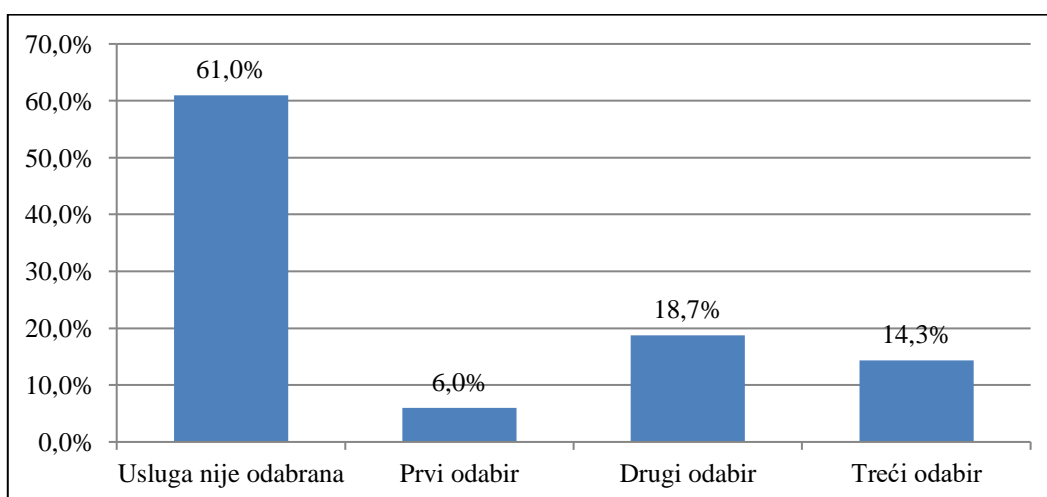
Grafikon 12. Odabir ponuđenih usluga pod nazivom „Usluga pomoći u kući“

Na pitanje o odabiru ponuđenih usluga gerontološkog centra pod nazivom „Dnevni boravak“ 64 ispitanika (35,2%) je odgovorilo da usluga nije odabrana (ocjena 0, bodova 0), 50 njih (27,5%) dalo je odgovor kako im je to prvi odabir (ocjena 1, bodova 3), 33 ispitanika (18,1%) odgovorilo je da im je to drugi odabir (ocjena 2, bodova 2), a 35 ispitanika (19,2%) je odgovorilo da im je treći odabir (ocjena 3, bodova 1). **Prosječan broj bodova bio je 1.38 (SD 1.22).** Prema tome, vidljivo je da je najviše onih ispitanika koji ne bi odabrali tu uslugu gerontološkog centra. Podatci su prikazani na grafikonu 13.



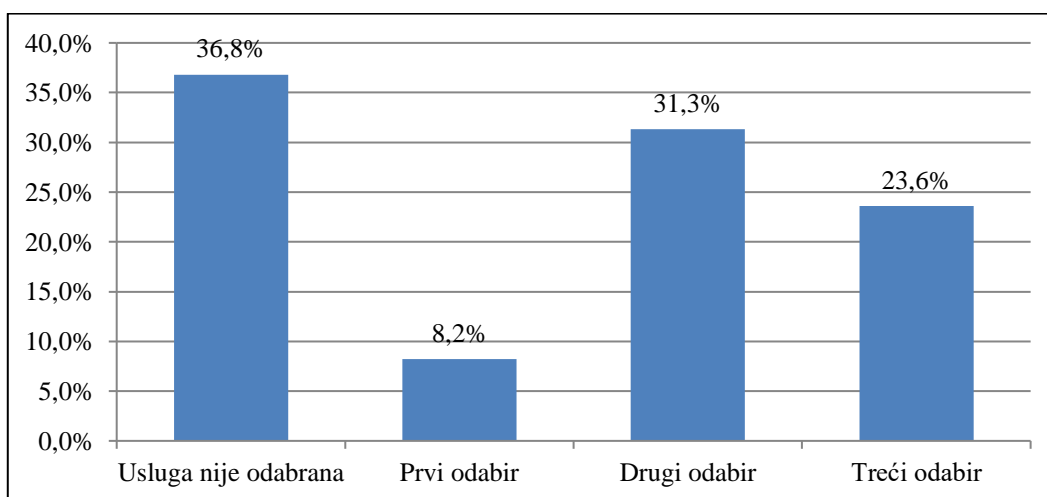
Grafikon 13. Odabir ponuđenih usluga pod nazivom „Dnevni boravak“

Na pitanje o odabiru ponuđenih usluga Gerontološkog centra pod nazivom „Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti“ 111 ispitanika (61,0%) je odgovorilo da usluga nije odabrana (ocjena 0, bodova 0), 11 (6,0%) da im je to prvi odabir (ocjena 1, bodova 3), 34 ispitanika (18,7%) je odgovorilo da im je to drugi odabir (ocjena 2, bodova 2) a 26 osoba (14,3%) je odgovorilo da im je treći odabir (ocjena 3, bodova 1). **Prosječan broj bodova bio je 0.70 (SD 0.98).** I u ovom se slučaju pokazalo da je najviše ispitanika koji ne bi odabrali istaknutu uslugu gerontološkog centra. Podatci su prikazani na grafikonu 14.



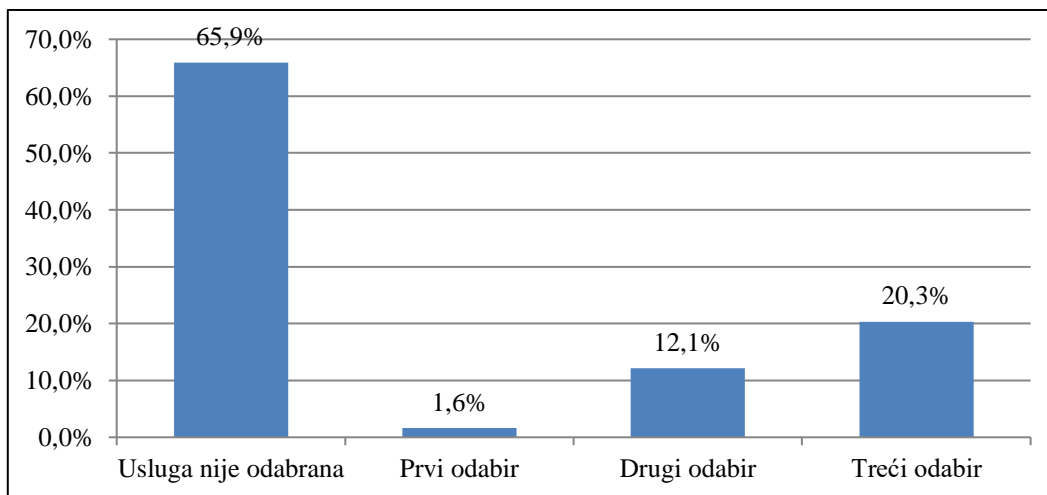
Grafikon 14. Odabir ponuđenih usluga pod nazivom „Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti“

Na pitanje o odabiru ponuđenih usluga gerontološkog centra pod nazivom „Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge“ 67 ispitanika (36,8%) odgovorilo je da usluga nije odabrana (ocjena 0, bodova 0), 15 je (8,2%) dalo odgovor da im je to prvi odabir (ocjena 1, bodova 3), 57 ispitanika (31,3%) odgovorilo je da im je to drugi odabir (ocjena 2, bodova 2), a 43 ispitanika (23,6%) se izjasnilo da im je treći odabir (ocjena 3, bodova 1). **Prosječan broj bodova bio je 1.11 (SD 1.00)**. I u ovom se slučaju pokazalo da je najviše ispitanika koji ne bi odabrali istaknutu uslugu gerontološkog centra. Podatci su prikazani na grafikonu 15.



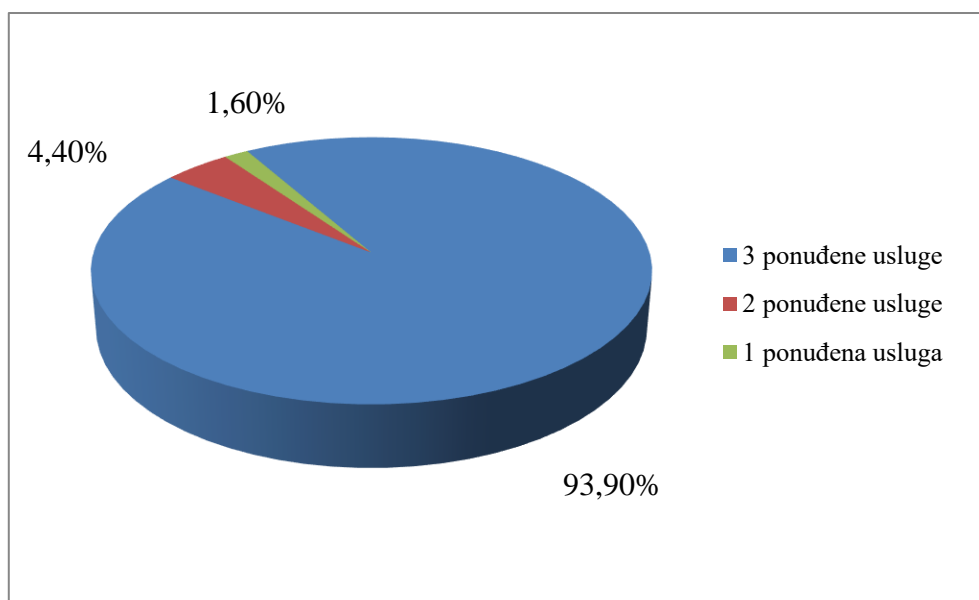
Grafikon 15. Odabir ponuđenih usluga pod nazivom „Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge“

Na pitanje o odabiru ponuđenih usluga gerontološkog centra pod nazivom „Tehnička pomoć“ 120 ispitanika (65,9%) je odgovorilo da usluga nije odabrana (ocjena 0, bodova 0), 3 ispitanika (1,6%) dalo je odgovor kako im je to prvi odabir (ocjena 1, bodova 3), 22 (12,1%) je odgovorilo da im je to drugi odabir (ocjena 2, bodova 2), a 37 ispitanika (20,3%) je odgovorilo da im je treći odabir (ocjena 3, bodova 1). **Prosječan broj bodova bio je 0.49 (SD 0.77)**. Dakle, pokazalo se da je najviše ispitanika koji ne bi odabrali „Tehničku pomoć“ kao uslugu gerontološkog centra. Podatci su prikazani na grafikonu 16.



Grafikon 16. Odabir ponuđenih usluga pod nazivom „Tehnička pomoć“

171 ispitanik (93,9%) je odabrao 3 od ponuđenih usluga te ih po vlastitim preferencijama svrstao kao prvi, drugi ili treći odabir, 8 njih je odabralo 2 od ponuđenih usluga (4,4%), a samo 3 (1,6%) ispitanika su odabrali po jednu uslugu.



Grafikon 17. Odabir ukupnog broja ponuđenih usluga

4.3. ISPITIVANJE HIPOTEZA

H1. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (Gerontološkog centra) u odnosu na dobnu skupinu.

Postoji statistički značajna razlika za potrebama usluga pomoći u kući u odnosu na dobnu skupinu ($p < 0.001$). Dobna skupina C (> 85 g.) je češće od ostalih dobnih skupina davala ocjenu 1 (njih 83.7%), odnosno odgovorila da im je to prvi odabir, a dobna skupina A (65 – 74 g.) je češće od ostalih davala ocjenu 3 (njih 22.6%) koja predstavlja treći odabir (tablica 1).

Tablica 1. Povezanost dobne skupine ispitanika s prioritetom odabira usluga A izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA A	Usluga pomoći u kući („organiziranje prehrane/dostava obroka, uloga gerontodomačice“)				
	Dobna skupina	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
A) 65 – 74 godine	8 (15.1%)	19 (35.8%)	14 (26.4%)	12 22.6%	<0.001
B) 75 – 84 godine	8 (9.3%)	48 (55.8%)	14 (16.3%)	16 (18.6%)	
C) >85 godine	0 (0.0%)	36 (83.7%)	5 (11.6%)	2 (4.7%)	

Tablica 1. Povezanost dobne skupine ispitanika s prioritetom odabira usluga B izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA B	Dnevni boravak („starije osobe provode dio dana u skrbi gdje im se, osim boravka i prehrane, najčešće pružaju određene zdravstvene i socijalne usluge uz organiziranje slobodnog vremena, radnih aktivnosti...“)				
	Dobna skupina	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
A) 65 – 74 godine	10 (18.9%)	21 (39.6%)	13 (24.5%)	9 (17.0%)	<0.001
B) 75 – 84 godine	26 (30.2%)	26 (30.2%)	17 (19.8%)	17 (19.8%)	
C) >85 godine	28 (65.1%)	3 (7.0%)	3 (7.0%)	9 (20.9%)	

Također, postoji statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi ispitanika za uslugama dnevnog boravka s obzirom na dobne skupine. Dobna skupina C je češće davala ocjenu 0 u odnosu na druge skupine (tablica 2).

Tablica 2. Povezanost dobne skupine ispitanika s prioritetom odabira usluga C izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA C	Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti („primjerice: medicinska gimnastika za starije osobe, igranje šaha, boćanje, okupacijska i radna terapija, pjevački zbor i drugo...“)				
	Dobna skupina	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
A) 65 – 74 godine	25 (47.2%)	8 (15.1%)	11 (20.8%)	9 (17.0%)	<0.001
B) 75 – 84 godine	48 (55.8%)	3 (3.5%)	21 (24.4%)	14 (16.3%)	
C) >85 godine	38 (88.4%)	0 (0.0%)	2 (4.7%)	3 (7.0%)	

Postoji statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za stalnom fizičkom, psihičkom, radnom i kulturno-zabavnom aktivnosti u odnosu na dobnu skupinu ($p < 0.001$). Dobna skupina C je češće od ostalih dobnih skupina davala ocjenu 0 (njih čak 88.4%). Svi postotci su prikazani u tablici 3.

Tablica 3. Povezanost dobne skupine ispitanika s prioritetom odabira usluga D izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA D	Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge („primjerice: savjetovanja psihologa, usluge iz zdravstvene njege i rehabilitacije, organizacija predavanja o zdravlju starijih osoba i drugo...“)				
	Dobna skupina	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
A) 65 – 74 godine	20 (37.7%)	4 (7.5%)	12 (22.6%)	17 (32.1%)	=0.156
B) 75 – 84 godine	37 (43.0%)	7 (8.1%)	27 (31.4%)	15 (17.4%)	
C) >85 godine	10 (23.3%)	4 (9.3%)	18 (41.9%)	11 (25.6%)	

Ne postoji značajna razlika među dobnim skupinama u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za zdravstvenim, socijalnim i psihološkim uslugama gerontološkog centra ($p=0.156$).

Tablica 4. Povezanost dobne skupine ispitanika s prioritetom odabira usluga E izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA E	Tehnička pomoć („posudionica ortopedskih pomagala/posudbe npr. štaka, ortopedskih klupica i kolica za osobe s invaliditetom, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara i drugo...“)				
	Dobna skupina	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
A) 65 – 74 godine	43 (81.1%)	1 (1.9%)	3 (5.7%)	6 (11.3%)	<0.001
B) 75 – 84 godine	59 (68.6%)	2 (2.3%)	6 (7.0%)	19 (22.1%)	
C) >85 godine	18 (41.9%)	0 (0.0%)	13 (30.2%)	12 (27.9%)	

Postoji statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za tehničkom pomoći iz Gerontološkog centra u odnosu na dobne skupine. Dobna skupina A je češće davala ocjenu 0 u odnosu na druge grupe (tablica 5).

H2. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na spol.

Ne postoji statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za uslugu A (Usluga pomoći u kući) ($p=0.511$), uslugu B (Dnevni boravak) ($p=0.770$), uslugu C (Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti) ($p=0.537$), uslugu D (Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge) ($p=0.839$), usluge E (Tehnička pomoć) ($p=0.512$) GC u odnosu na spol.

H3. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti.

Postoji statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za uslugu A u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti ($p < 0.001$). Svi ispitanici iz kategorije funkcionalne samostalnosti „d“ (jaka ovisnost) su dali ocjenu 1 odnosno odgovorili da im je potreba za uslugama GC pod A (100%) prvi odabir, dok je npr. 26% ispitanika iz MBI kategorije „a“ (potpuna samostalnost) dalo ocjenu 1. Svi ostali postotci su prikazani u tablici 6.

Tablica 5. Povezanost kategorije funkcionalne samostalnosti ispitanika s prioritetom odabira usluga A izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA A	Usluga pomoći u kući („organiziranje prehrane/dostava obroka, uloga gerontodomačice“)				
	KATEGORIJA FUNKCIONALNE SAMOSTALNOSTI *	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
a) potpuna samostalnost	9 (18.0%)	13 (26.0%)	12 (24.0%)	16 (32.0%)	<0.001
b) mala ovisnost	6 (12.5%)	18 (37.5%)	13 (27.1%)	11 (22.9%)	
c) umjerena ovisnost	1 (1.6%)	52 (85.2%)	6 (9.8%)	2 (3.3%)	
d) jaka ovisnost	0 (0.0%)	16 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
e) potpuna ovisnost	0 (0.0%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	

* Funkcionalna samostalnost određena je prema MBI (31).

Tablica 6. Povezanost kategorije funkcionalne samostalnosti ispitanika s prioritetom odabira usluga B izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA B	Dnevni boravak („starije osobe provode dio dana u skrbi gdje im se, osim boravka i prehrane, najčešće pružaju određene zdravstvene i socijalne usluge uz organiziranje slobodnog vremena, radnih aktivnosti...“)				
	KATEGORIJA FUNKCIONALNE SAMOSTALNOSTI *	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
a) potpuna samostalnost	6 (12.0%)	26 (52.0%)	9 (18.0%)	9 (18.0%)	<0.001
b) mala ovisnost	4 (8.3%)	20 (41.7%)	15 (31.3%)	9 (18.8%)	
c) umjerena ovisnost	35 (57.4%)	4 (6.6%)	8 (13.1%)	14 (23.0%)	
d) jaka ovisnost	13 (81.3%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	
e) potpuna ovisnost	6 (85.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	

* Funkcionalna samostalnost određena je prema MBI (31).

Postoji statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za uslugu B (Dnevni boravak) u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti ($p < 0.001$). Ispitanici iz kategorije „a“ (njih 52%) i kategorije „b,, (41.7%) češće nego ostali ispitanici daju ocjenu 1, odnosno odgovaraju da im je potreba za uslugama Dnevnog boravka GC prvi odabir (tablica 7).

Tablica 7. Povezanost kategorije funkcionalne samostalnosti ispitanika s prioritetom odabira usluga C izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

KATEGORIJA FUNKCIONALNE SAMOSTALNOSTI *	Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti („primjerice: medicinska gimnastika za starije osobe, igranje šaha,boćanje, okupacijska i radna terapija, pjevački zbor i drugo...“)				P- vrijednost
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	
a) potpuna samostalnost	20 (40.0%)	6 (12.0%)	16 (32.0%)	8 (16.0%)	<0.001
b) mala ovisnost	21 (43.8%)	5 (10.4%)	12 (25.0%)	10 (20.8%)	
c) umjerena ovisnost	49 (80.3%)	0 (0.0%)	6 (9.8%)	6 (9.8%)	
d) jaka ovisnost	16 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
e) potpuna ovisnost	5 (71.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	

*Funkcionalna samostalnost određena je prema MBI (31).

Postoji statistički značajna razlika u potrebama za uslugu C (Program stalne fizičke, psihičke radne i kulturno-zabavne aktivnosti) u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti ($p < 0.001$). Svi ispitanici iz grupe “d” su dali ocjenu 0 za iskazanu potrebu i odabir prioriteta za uslugom C. Najveći broj ispitanika iz grupe “a” je dao ocjenu 2 odnosno odgovorilo da im je potreba za uslugama GC pod C drugi prioritetni odabir uspoređujući ih s drugim kategorijama (tablica 8).

Tablica 8. Povezanost kategorije funkcionalne samostalnosti ispitanika s prioritetom odabira usluga D izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

KATEGORIJA FUNKCIONALNE SAMOSTALNOSTI *	Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge („primjerice: savjetovanja psihologa, usluge iz zdravstvene njege i rehabilitacije, organizacija predavanja o zdravlju starijih osoba i drugo...“)				P- vrijednost
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	
a) potpuna samostalnost	22 (44.0%)	5 (10.0%)	12 (24.0%)	11 (22.0%)	<0.002
b) mala ovisnost	24 (50.0%)	4 (8.3%)	7 (14.6%)	13 (27.1%)	
c) umjerena ovisnost	17 (27.9%)	4 (6.6%)	29 (47.5%)	11 (18.0%)	
d) jaka ovisnost	1 (6.3%)	0 (0.0%)	8 (50.0%)	7 (43.8%)	
e) potpuna ovisnost	3 (42.9%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	

*Funkcionalna samostalnost određena je prema MBI (31).

Postoji statistički značajna razlika u potrebama za uslugu D (Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge) u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti ($p < 0.002$). Ispitanici iz kategorije „d“ su rjeđe nego ostali dali ocjenu 0 za potrebama usluga GC pod D (tablica 9).

Tablica 9. Povezanost kategorije funkcionalne samostalnosti ispitanika s prioritetom odabira usluga E izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra)

USLUGA E	Tehnička pomoć („posudionica ortopedskih pomagala/posudbe npr. štaka, ortopedskih klupica i kolica za osobe s invaliditetom, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara i drugo...“)				
	KATEGORIJA FUNKCIONANE SAMOSTALNOSTI *	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir
a) potpuna samostalnost	43 (86.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	6 (12.0%)	<0.001
b) mala ovisnost	42 (87.5%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	4 (8.3%)	
c) umjerena ovisnost	29 (47.5%)	1 (1.6%)	10 (16.4%)	21 (34.4%)	
d) jaka ovisnost	3 (18.8%)	0 (0.0%)	7 (43.8%)	6 (37.5%)	
e) potpuna ovisnost	3 (42.9%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	

*Funkcionalna samostalnost određena je prema MBI (31).

Postoji statistički značajna razlika u potrebama za uslugu E (Tehnička pomoć) u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti ($p < 0.001$). Ispitanici iz kategorije „a“ i „b“ češće od ostalih ispitanika daju ocjenu 0 za potrebama usluga GC pod E (tablica 10).

H4. Značajna je razlika u prioritnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na stupanj socijalne usluge smještaja koji im je potreban.

Postoji statistički značajna razlika u odabiru ispitanika za uslugu A prema stupnju socijalne usluge smještaja koja im je potrebna ($p < 0.001$). Ispitanici kojima je potreban stupanj 1. socijalne usluge smještaja su rjeđe (38.6%) u odnosu na ispitanike kojima je potreban stupanj socijalne usluge 2. (87%) i 3. (86.4%) davali ocjenu 1 odnosno odgovorili da im je potreba za uslugama GC-a pod A prvi odabir (tablica 11).

Tablica 10. Povezanost prioriteta usluga A izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) sa stupnjem socijalne usluge smještaja koji je ispitaniku potreban

USLUGA A	Usluga pomoći u kući („organiziranje prehrane/dostava obroka, uloga gerontodomačice“)				P- vrijednost <0.001
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	
STUPANJ SOCIJALNIH USLUGA SMJEŠTAJA					
1.stupanj	16 (14.0%)	44 (38.6%)	26 (22.8%)	28 (24.6%)	
2. stupanj	0 (0.0%)	40 (87.0%)	5 (10.9%)	1 (2.2%)	
3.stupanj	0 (0.0%)	19 (86.4%)	2 (9.1%)	1 (4.5%)	

Tablica 11. Povezanost prioriteta odabira usluga B izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) sa stupnjem socijalne usluge smještaja koji je ispitaniku potreban

USLUGA B	Dnevni boravak („starije osobe provode dio dana u skrbi gdje im se, osim boravka i prehrane, najčešće pružaju određene zdravstvene i socijalne usluge uz organiziranje slobodnog vremena, radnih aktivnosti...“)				
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost <0.001
STUPANJ SOCIJALNIH USLUGA SMJEŠTAJA					
1.stupanj	12 (10.5%)	49 (43.0%)	28 (24.6%)	25 (21.9%)	
2. stupanj	37 (80.4%)	1 (2.2%)	4 (8.7%)	4 (8.7%)	
3.stupanj	15 (68.2%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	6 (27.3%)	

Postoji statistički značajna razlika u odabiru ispitanika za uslugu B prema stupnju socijalne usluge smještaja koja im je potrebna ($p < 0.001$).

Ispitanici kojima je potreban stupanj socijalne usluge smještaja 1. su češće (43%) u odnosu na stupanj 2. (2.2%) i 3. (0%) davali ocjenu 1, odnosno odgovorili da im je potreba za uslugama GC-a pod B prvi odabir, a rjeđe su davali ocjenu 0 (njih 10.5%) u odnosu na 80.4% u 2. stupnju i 68.2% u 3. stupnju (tablica 12).

Tablica 12. Povezanost odabira usluga C izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) sa stupnjem socijalne usluge smještaja koji je ispitaniku potreban

USLUGA C	Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti („primjerice: medicinska gimnastika za starije osobe, igranje šaha,boćanje, okupacijska i radna terapija, pjevački zbor i drugo...“)				
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost <0.001
STUPANJ SOCIJALNIH USLUGA SMJEŠTAJA					
1.stupanj	48 (42.1%)	11 (9.6%)	33 (28.9%)	22 (19.3%)	
2. stupanj	45 (97.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.2%)	
3.stupanj	18 (81.8%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	3 (13.6%)	

Postoji statistički značajna razlika u odabiru ispitanika za uslugu C prema stupnju socijalne usluge smještaja koja im je potrebna ($p < 0.001$). Ispitanici kojima je potreban stupanj socijalne usluge 1. smještaja su rjeđe (42.1%) u odnosu na 2. Stupanj (97.8%) i 3. (81.8%) davali ocjenu 0 za uslugu C (tablica 13).

Tablica 13. Povezanost prioriteta odabira usluga D izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) sa stupnjem socijalne usluge smještaja koji je ispitaniku potreban

USLUGA D	Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge („primjerice: savjetovanja psihologa, usluge iz zdravstvene njege i rehabilitacije, organizacija predavanja o zdravlju starijih osoba i drugo...“)				
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost <0.001
STUPANJ SOCIJALNIH USLUGA SMJEŠTAJA					
1.stupanj	53 (46.5%)	9 (7.9%)	25 (21.9%)	27 (23.7%)	
2. stupanj	7 (15.2%)	4 (8.7%)	24 (52.2%)	11 (23.9%)	
3.stupanj	7 (31.8%)	2 (9.1%)	8 (36.4%)	5 (22.7%)	

Postoji statistički značajna razlika u odabiru ispitanika za uslugu D prema stupnju socijalne usluge smještaja koja im je potrebna ($p < 0.001$). Ispitanici kojima je potreban stupanj socijalne usluge smještaja 1. su češće (46.5%) u odnosu na 2 stupanj (15.2%) i 3. (31.8%) davali ocjenu 0 za odabir usluge D (tablica 14).

Tablica 14. Povezanost prioriteta odabira usluga E izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) sa stupnjem socijalne usluge koji je ispitaniku potreban

USLUGA E	Tehnička pomoć („posudionica ortopedskih pomagala/posudbe npr. štaka, ortopedskih klupica i kolica za osobe s invaliditetom, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara i drugo...“)				
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost <0.001
STUPANJ SOCIJALNIH USLUGA SMJEŠTAJA					
1. stupanj	100 (87.7%)	1 (0.9%)	2 (1.8%)	11 (9.6%)	
2. stupanj	10 (21.7%)	1 (2.2%)	12 (26.1%)	23 (50.0%)	
3. stupanj	10 (45.5%)	1 (4.5%)	8 (36.4%)	3 (13.6%)	

Postoji statistički značajna razlika u odabiru ispitanika za uslugu E prema stupnju socijalne usluge smještaja koja im je potrebna ($p < 0.001$). Ispitanici kojima je potreban 1. stupanj socijalne usluge smještaja su češće (87.7%) u odnosu na 2. stupanj (21.7%) i 3. (45.5%) davali ocjenu 0 za uslugu E (tablica 15).

H5. Značajna je razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) prema vremenskom razdoblju njihovog čekanja za smještaj u dom za starije osobe.

Ne postoji statistički značajna razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) prema vremenskom razdoblju njihovog čekanja za smještaj u dom za starije osobe (p vrijednosti su redom: za usluge A=0.326, za usluge B=0.235, za usluge C=0.082, za usluge D=0.228, za usluge E=0.495). Podatci su prikazani u sljedećim tablicama.

Tablica 15. Povezanost prioriteta odabira usluga A izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) s vremenskim razdobljem čekanja ispitanika za smještaj u dom za starije osobe

USLUGA A	Usluga pomoći u kući („organiziranje prehrane/dostava obroka, uloga gerontodomaćice“)				P- vrijednost =0.326
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	
DULJINA ČEKANJA ISPITANIKA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE					
2 god. - 5 god.	3 (4.9%)	32 (52.5%)	15 (24.6%)	11 (18.0%)	
5 god. - 10 god.	6 (8.2%)	41 (56.2%)	12 (16.4%)	14 (19.2%)	
10god. i više	7 (14.6%)	30 (62.5%)	6 (12.5%)	5 (10.4%)	

Tablica 16. Povezanost prioriteta odabira usluga B izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) s vremenskim razdobljem čekanja ispitanika za smještaj u dom za starije osobe

USLUGA B	Dnevni boravak („starije osobe provode dio dana u skrbi gdje im se, osim boravka i prehrane, najčešće pružaju određene zdravstvene i socijalne usluge uz organiziranje slobodnog vremena, radnih aktivnosti...“)				
	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost =0.235
DULJINA ČEKANJA ISPITANIKA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE					
2 god. - 5 god.	25 (41.0%)	16 (26.2%)	6 (9.8%)	14 (23.0%)	
5 god. - 10 god.	26 (35.6%)	19 (26.0%)	18 (24.7%)	10 (13.7%)	
10god. i više	13 (27.1%)	15 (31.3%)	9 (18.8%)	11 (22.9%)	

Tablica 17. Povezanost prioriteta odabira usluga C izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) s vremenskim razdobljem čekanja ispitanika za smještaj u dom za starije

USLUGA C	Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti („primjerice: medicinska gimnastika za starije osobe, igranje šaha, boćanje, okupacijska i radna terapija, pjevački zbor i drugo...“)				
DULJINA ČEKANJA ISPITANIKA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost =0.082
2 god. - 5 god.	41 (67.2%)	3 (4.9%)	14 (23.0%)	3 (4.9%)	
5 god. - 10 god.	42 (57.5%)	7 (9.6%)	12 (16.4%)	12 (16.4%)	
10god. i više	28 (58.3%)	1 (2.1%)	8 (16.7%)	11 (22.9%)	

Tablica 18. Povezanost prioriteta odabira usluga D izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) s vremenskim razdobljem čekanja ispitanika za smještaj u dom za starije osobe

USLUGA D	Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge („primjerice: savjetovanja psihologa, usluge iz zdravstvene njege i rehabilitacije, organizacija predavanja o zdravlju starijih osoba i drugo...“)				
DULJINA ČEKANJA ISPITANIKA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost =0.228
2 god. - 5 god.	18 (29.5%)	8 (13.1%)	19 (31.1%)	16 (26.2%)	
5 god. - 10 god.	31 (42.5%)	5 (6.8%)	18 (24.7%)	19 (26.0%)	
10 god. i više	18 (37.5%)	2 (4.2%)	20 (41.7%)	8 (16.7%)	

Tablica 19. Povezanost prioriteta odabira usluga E izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) s vremenskim razdobljem čekanja ispitanika za smještaj u dom za starije osobe

USLUGA E	Tehnička pomoć				
	(„posudionica ortopedskih pomagala/posudbe npr. štaka, ortopedskih klupica i kolica za osobe s invaliditetom, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara i drugo...“)				
DULJINA ČEKANJA ISPITANIKA ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE OSOBE	Usluga nije odabrana	Prvi odabir	Drugi odabir	Treći odabir	P- vrijednost =0.495
2 god. - 5 god.	38 (62.3%)	2 (3.3%)	7 (11.5%)	14 (23.0%)	
5 god. - 10 god.	52 (71.2%)	1 (1.4%)	10 (13.7%)	10 (13.7%)	
10god. i više	30 (62.5%)	0 (0.0%)	5 (10.4%)	13 (27.1%)	

5. RASPRAVA

Rezultati provedenog istraživanja u kojem je sudjelovalo 182 ispitanika, koji su bili na službenoj listi čekanja za smještaj u Dom za starije i nemoćne osobe u Splitu, pokazali su da je za većinu ispitanika među programima koji se nude u okviru gerontoloških centara, a koji se odnose na usluge izvaninstitucijske skrbi prvi odabir „Usluga pomoći u kući“. To i nije iznenađujući podatak s obzirom na to da gotovo dvije petine ispitanika živi u samačkom kućanstvu te da 87.4% ispitanika prima od nekog pružatelja pomoć u kući, odnosno pomoć u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života ili ima potrebu za takvom pomoći. Rezultat koji pokazuje da je prvi odabir osoba, koje su na listi čekanja za smještaj u dom za starije i nemoćne, upravo program „Usluga pomoći u kući“ ne iznenađuje ni s obzirom na činjenicu da je dvije petine ispitanika pokretno uz pomoć štapa, štake ili ortopedske klupice, a da je 2,7% ispitanika u invalidskim kolicima te 3,3% trajno nepokretno. Isto tako, većina ispitanika, gotovo njih 33,5% je prema MBI (Protokolu za evaluaciju stupnja funkcionalne samostalnosti) umjereno ovisna o pomoći drugih osoba, dok je gotovo 9% ispitanika jako ovisno, odnosno gotovo 4% koji su potpuno ovisni o pomoći drugih.

Poveći je i broj ispitanika koji su za prvi odabir naveli uslugu „Dnevni boravak“, a to je gotovo 28% ispitanika. Takvi su rezultati također očekivani s obzirom na to da osobe starije životne dobi obično imaju manje socijalnih kontakata i da su u većem riziku od socijalne isključenosti, posebno osobe nižeg socio-ekonomskog statusa. Koristeći usluge koje im se pružaju u okviru „Dnevnog boravka“ korisnici mogu zadovoljiti svoje socijalne potrebe, ostvariti kontakt s drugim starijim osobama, pročitati novine i sl.

Međutim, podatci upućuju na to da je relativno mali broj korisnika uključen u usluge koje se pružaju u gerontološkim centrima u okviru izvaninstitucijske skrbi, iako su potrebe za takvim uslugama znatno veće. Usluge koje se osobama starije životne dobi nude u okviru programa pod nazivom „Pomoć u kući starijim osobama“ te „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama“ dostupne su u samo 160 jedinica lokalne samouprave, što čini 28 % od ukupnog broja jedinica lokalne samouprave u Republici Hrvatskoj (49). Prema tome, očito je da te usluge nisu dostupne velikom broju starijih osoba u Republici Hrvatskoj. Usluge koje se nude u okviru spomenutih programa pružaju se osobama starije životne dobi koje žive same i u čijoj blizini ne žive djeca ili njihovi skrbnici, osobama kojima je teže narušeno zdravlje i osobama nižeg socioekonomskog statusa koje ne mogu sebi priuštiti pomoć i koje su u riziku od socijalne isključenosti i siromaštva. Pritom te usluge obuhvaćaju pomoć u kućanstvu, u

održavanju osobne higijene, pružanju osnovne zdravstvene njege, nabavci namirnica, preuzimanju lijekova, pomoć u ostvarivanju različitih prava, ali i razgovor i druženje s osobama starije životne dobi te uključivanje tih osoba u različite aktivnosti koje se provode u lokalnoj zajednici. Jedinice lokalne samouprave koje provode spomenute programe potpisuju ugovor o suradnji s nadležnim ministarstvom te se financiraju iz državnog proračuna i proračuna jedinica lokalne i/ili regionalne samouprave (49). Prema podacima iz 2012. godine (recentniji podatci nisu pronađeni u dostupnoj literaturi) usluge u okviru programa „Pomoć u kući starijim osobama“ i „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama“ pružale su se za 15 550 osoba, što čini tek 2,1 % od ukupnog broja starijih osoba u Republici Hrvatskoj (13).

U Splitsko-dalmatinskoj županiji je 2013. godine program „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama“ obuhvatio tek 850 osoba starije životne dobi. Dijelovi u Splitsko-dalmatinskoj županiji koja su obuhvaćeni tim programom nastojali su se proširiti na ona područja koja su teže dostupna i izolirana kako bi se pomoglo osobama starije životne dobi koji u svojoj blizini nemaju adekvatnu pomoć i nikakve sadržaje, ali je odlukom nadležnog ministarstva i rješenjem centra za socijalnu skrb program „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama“ reduciran na manji broj korisnika. Ističe se Dom Lovret u Splitu koji je 2013. godine njegu i pomoć u kući pružao za 55 korisnika, dok je za 85 korisnika svakodnevno organizirao dostavu ručka na njihovu adresu stanovanja. Dom Vis, je iste godine dostavljao topli obrok za deset korisnika svojih usluga (50).

Isto tako, dostavu ručka na adresu stanovanja osoba koje su socijalno ugrožene, ali i druge oblike podrške, pružaju i razne civilne udruge iz Splita i okolice, kao što su Katolička udruga Lovret, Udruga „Mi“ iz Splita te Centar „Mir – Rudine“ (50). Tako se usluge dnevnog boravka starijim osobama u Splitu pružaju u Centru „Zlatno doba“ i Udruge „Mi“ – Split, a te usluge na godišnjoj bazi koristi oko 500 osoba starije životne dobi. Spomenuta Udruga prema podacima iz 2015. godine pruža i usluge pomoći u kući, prvenstveno pratnju do liječnika i zdravstvenu njegu, a za oko 70 korisnika dostavlja se i topli obrok (51). U Splitsko-dalmatinskoj županiji programe „Pomoć u kući“ te „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama“ provodi i Udruga Sv. Jeronim iz Kaštel Gomilice, i to do 2010. godine (prvih nekoliko godina programi se financiraju iz državnog proračuna, a od 2014. godine iz proračuna grada Kaštela i Splitsko-dalmatinske županije). Usluge iz programa „Pomoć u kući“ je 2017. godine koristilo stotinjak osoba starije životne dobi te je izvršeno oko 5000 različitih usluga. Usluge iz programa „Dnevni boravak i pomoć u kući starijim osobama“ koristi sedamdesetak osoba starije životne dobi (52, 53).

Kada su u pitanju usluge gerontološkog centra pod nazivom „Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge“ rezultati provedenog istraživanja pokazali su da te usluge ispitanici ponajviše biraju kao drugi ili kao treći odabir. Tako je te usluge kao drugi odabir navelo 31,3% ispitanika, a kao treći njih 23,6%. Rezultat implicira da je osobama starije životne dobi važan psiholog. Psiholog je stručna osoba s kojom osobe starije životne dobi mogu razgovarati o svojim emocijama, mislima i teškoćama s kojima se suočavaju. Pritom psiholozi mogu raditi s pojedincem, ali i njegovom obitelji. Isto tako, osobe starije životne dobi mogu se uključiti u neke od grupa za podršku, ovisno o teškoćama s kojima se suočavaju. Psiholozi mogu pomoći starijim osobama da prošire svoje spoznaje te ih poticati na samouvid, psihološki ih savjetovati, pomoći im da riješe neke obiteljske probleme i sl. (54). Potreba za psihologom posebno je naglašena u vrijeme pandemije COVID-19 jer su se od početka pandemije osobe starije životne dobi smatrale u većem riziku od razvijanja težeg oblika bolesti zbog svoje dobi i zbog komorbiditeta koji su u starijih osoba često prisutni. Kako su stručnjaci i drugi autoriteti diljem svijeta pozivali stanovništvo na održavanje fizičke distance i isticali da su osobe starije životne dobi i osobe s komorbiditetima posebno ugrožene, posljedično su se starije osobe izolirale od svojih bližnjih, a u skladu s time moguće su negativne posljedice pandemije i fizičke distance na njihovo mentalno zdravlje. Fizička distanca je uvedena kao jedna od važnijih mjera zaštite od COVID-19, ali ta mjera nerijetko u osoba starije životne dobi izaziva psihičke poteškoće koje se manifestiraju u rasponu od uznemirenosti do tjeskobe i depresije (55). Prema tome, u situaciji kada je fizička distanca (održavanje razmaka od najmanje 1 metar u društvenom kontaktu s drugim osobama) bila nužna za održavanje tjelesnog zdravlja, mnogim starijim osobama je ugroženo mentalno zdravlje (22). Stoga se može zaključiti da su okolnosti pokazale koliko je nužno uključiti psihologe na operativnoj razini u skrb za osobe starije životne dobi, u gerontološke centre, ali i u dugotrajnu institucijsku skrb.

Osim što ovo istraživanje implicira koliko je u gerontološke centre izvaninstitucijske skrbi nužno uključiti psihologe, ukazalo je i na važnost radnih terapeuta i njihovo uključivanje u rad sa starijim osobama u okviru usluga izvaninstitucijske skrbi. Kako je istaknuto, najveći je udio ispitanika koji su umjereno ovisni po MBI kategoriji, a radni terapeuti mogu pomoći tim osobama da njihova ovisnost o tuđoj pomoći u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti ostane na što moguće manjoj razini, a samim time postiže se viša kvaliteta njihova života. Radna terapija namijenjena je osobama čije su sposobnosti obavljanja aktivnosti svakodnevnog života ugrožene iz različitih razloga, pa tako i starenjem. Radni terapeut procjenjuje stupanj samozbrinjavanja kod osoba starije životne dobi, kao i preostalih

motoričkih, psihosocijalnih i senzornih sposobnosti kod funkcionalne onesposobljenosti; ujedno pruža radno-terapeutsku intervenciju s ciljem održavanja stupnja funkcioniranja u svakodnevnim životnim aktivnostima osoba starije životne dobi, tako da mogu biti produktivni i brinuti se sami o sebi (40, 56).

Istraživanje je pokazalo da nešto više od četvrtine ispitanika (27.5%) pomoć u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti pruža stručno osoblje, a među stručnim osobljem su i medicinske sestre (rezultati su pokazali da se stručno osoblje nalazi na trećem mjestu, odmah nakon članova obitelji te prijatelja i susjeda). Medicinske sestre tako pružaju pomoć osobama starije životne dobi koja je prvenstveno zdravstvena. Točnije, one pružaju zdravstvenu njegu koju su sposobne provoditi samostalno i prema liječničkoj preporuci. Medicinske sestre provode fizikalne preglede, planiraju i evaluiraju zdravstvenu njegu. Zahvaljujući zdravstvenoj njezi koju medicinske sestre pružaju osobama starije životne dobi u okviru izvaninstitucijskih usluga, tim se osobama poboljšava kvaliteta života. Osim što će pružati zdravstvenu njegu, medicinska sestra će pružiti i emocionalnu potporu tim osobama, razgovarati s njima te ih poticati na samostalnost i neovisnost u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti (57).

Osobito je značajna uloga medicinskih sestara u multidisciplinarnom gerontološkom timu GC-a u provođenju „Programa primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe“ (2,8).

Od posebnog interesa, kod planiranja i provođenja zaštite zdravlja starijih osoba trebala bi biti uloga neformalnih njegovatelja. Obično su članovi obitelji neformalni njegovatelji, a tako se pokazalo i u ovom istraživanju, jer je najveći udio ispitanika, odnosno njih oko dvije trećine (67%), kao pružatelje pomoći u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, naveo upravo članove obitelji. Kako članovi obitelji pružaju pomoć starijim osobama, u nekim gerontološkim centrima djeluju i savjetovališta za neformalne njegovatelje. U tim se savjetovalištima, u kojima rade socijalni radnici i psiholozi, a po potrebi i drugi stručnjaci, neformalnim njegovateljima pružaju podrška i stručni savjeti te im se pomaže u prevladavanju stresa koje sa sobom nosi briga o osobi starije životne dobi (40).

Prema tome može se zaključiti da je osobama starije životne dobi, u okviru usluga iz izvaninstitucijske skrbi, nužno ponuditi usluge multidisciplinarnog gerontološkog tima koji čini više stručnjaka (psihologa, socijalnih radnika, zdravstvenih djelatnika, njegovatelja itd...), a koji će im pomoći da očuvaju i poboljšaju svoje tjelesno i mentalno zdravlje. Pritom

se aktivnosti u gerontološkim centrima provode kroz interdisciplinarni pristup jer se taj pristup temelji na uključivanju raznih profesija i struka (40). U skladu s time osobama starije životne dobi koji koriste usluge izvaninstitucijske skrbi, trebalo bi pružati određene preventivne mjere i postupke uključene u geroprofilaksu, odnosno mjere i postupke primarne, sekundarne, tercijarne i kvartarne prevencije za starije osobe, koje se provode kako bi se što je dulje moguće zadržala funkcionalna sposobnost i spriječile bolesti u starijoj životnoj dobi. Pri tom bi se u gerontološkim centrima mogle poglavito primjenjivati mjere i postupci primarne prevencije za starije osobe koji se odnose na uklanjanje rizičnih čimbenika nastanka bolesnog starenja, te fokusirane mjere sekundarne prevencije kako bi se pravodobno dijagnosticirale i liječile odabrane preventabilne bolesti (8).

S druge strane rezultati istraživanja pokazali su da ispitanici nisu zainteresirani za usluge koje im se pružaju u „Programima stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti“ jer tu uslugu nije odabralo čak 61,0% ispitanika, a kao prvi odabir ju je navelo samo 6%. Isto tako, ispitanici nisu bili zainteresirani ni za usluge gerontološkog centra pod nazivom „Tehnička pomoć“, jer tu uslugu nije odabralo čak 65,9% ispitanih osoba starije životne dobi koje su bile na službenoj listi čekanja za mjesto u Domu za starije i nemoćne osobe u Splitu, dok je za prvi odabir tu uslugu odabralo samo 1,6% ispitanika.

Ograničenje ove studije, koja je provedena (u okolnostima pandemije COVID-19) koristeći ispitivanje telefonskom anketom, prvenstveno je u nedostatku podataka o mentalnom zdravlju ispitanika, kao i podacima o senzornim sposobnostima poput vida, sluha te drugim gerontološko-javnozdravstvenim pokazateljima koji bi upotpunili procjenu funkcionalne sposobnosti starijih osoba.

6. ZAKLJUČCI

Rezultati istraživanja o samoprocijenjenim potrebama starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu, dok čekaju smještaj u dom za starije osobe, od izuzetne su važnosti za individualnu stariju osobu, njezinu obitelj, stručnjake u zaštiti zdravlja starijih osoba te zajednicu.

1. Istraživanje o odabiru ponuđenih usluga gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) pod nazivom „Usluga pomoći u kući“ postignut je najviši prosječan broj bodova 2.22 (SD 1.01), slijedi odabir ponuđenih usluga GC pod nazivom „Dnevni boravak“ s prosječnim brojem bodova 1.38 (SD 1.22), zatim odabir ponuđenih usluga GC pod nazivom „Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge“ s prosječnim brojem bodova 1.11 (SD 1.00), potom odabir ponuđenih usluga GC pod nazivom „Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti“ s prosječnim brojem bodova 0.70 (SD 0.98), te odabir ponuđenih usluga GC pod nazivom „Tehnička pomoć“ s prosječnim brojem bodova 0.49 (SD 0.77).
2. Istraživanje je pokazalo da postoji značajna razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za ponuđenim uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) u odnosu na njihovu dobnu skupinu, osim u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za Programima zdravstvene, socijalne i psihološke usluge gerontološkog centra ($p=0.156$)
3. U ovom istraživanju nije utvrđena značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za sve ponuđene usluge GC-a u odnosu na spol.
4. Utvrđena je statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za ponuđene usluge GC-a u odnosu na kategoriju njihove funkcionalne samostalnosti prema MBI.
5. Istraživanje je pokazalo da postoji statistički značajna razlika u iskazanoj potrebi i odabiru prioriteta ispitanika za ponuđenim uslugama GC-a prema stupnju socijalne usluge smještaja koji im je potreban (1-3).

6. U ovom istraživanju nije utvrđena značajna razlika u prioritetnim potrebama ispitanika za uslugama izvaninstitucijske skrbi (gerontološkog centra) prema vremenskom razdoblju njihovog čekanja za smještaj u dom za starije osobe.
7. Ovo istraživanje potvrđuje postojanje potrebe za osnivanjem gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi u gradu Splitu jer je čak 93,9% ispitanika odabralo po tri (3) ponuđene usluga GC te ih po vlastitim preferencijama svrstalo kao prvi, drugi ili treći odabir. Znanstveno dokazane spoznaje dobivene ovim institucijskim znanstvenim projektom važne su za daljnje procese gerontološko-javnozdravstvenih analiza te planiranje usluga u zaštiti zdravlja starijih osoba u gradu Splitu.

Dobiveni rezultati, dakle, pokazuju kako su ispitanici ocijenili (s najvišim prosječnim brojem bodova) da su za njih najpotrebnije ponuđene usluge GC-a:

- „Usluge pomoći u kući“ odnosno usluge gerontodomaćica
- „Dnevnog boravka“ u izvaninstitucijskoj skrbi
- „Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge“

To upućuje na nužnu potrebu za organizacijom budućih gerontoloških centara izvaninstitucijske skrbi s integriranim gerontološkim programima koje bi trebalo pružiti starijoj populaciji u gradu Splitu. Na trećem mjestu su pozicionirane usluge GC pod nazivom „Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge“ što je važno za interdisciplinarni i intersektorski pristup u gerontologiji koji integrira zdravstvene i socijalne usluge za starije osobe. Upravo zdravstveni studiji s diplomiranim magistrima sestrinstva omogućavaju takav intersektorski pristup u izvaninstitucijskoj skrbi za starije osobe.

Ovo istraživanje na temu samoprocijenjene potrebe starijih osoba za uslugama GC – a (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu:

- promovira principe zdravog aktivnog starenja
- usmjerava organizaciju zaštite zdravlja na operativnoj razini, poglavito planiranje i alokaciju materijalnih i ljudskih resursa u jedinstvenom sustavu dugotrajne izvaninstitucijske i institucijske skrbi

- potiče na inovacije s ciljem unaprjeđenja zaštite zdravlja starijih osoba, te osobito komunikacije u intersektorskom pristupu socijalne i zdravstvene skrbi za starije osobe u različitim lokalnim zajednicama i okolnostima
- potvrđuje da je procjena funkcionalne sposobnosti starijih osoba ključan gerontološko-javnozdravstveni pokazatelj za planiranje izvaninstitucijske skrbi starije populacije.

7. LITERATURA

1. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Škes M, et. al. Gerontološki centri 2004: zagrebački model uspješne prakse za starije ljude. 2. dop. izd. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju; 2004.
2. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Čulig J, et. al. Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. *Medicus*. 2005;14(2):177-93.
3. Duraković Z, Mernar M, Bauman I, Anić B, Banfić Lj, Barac B, et. al. Gerijatrija medicina starije dobi. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije, d.o.o.; 2007.
4. Tomek-Roksandić S, Tomasović Mrčela N, Smolej Narančić N, Šostar Z, Duraković Z, Fortuna V, et. al. Osnove iz zdravstvene gerontologije. U: Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A, ur. Javno zdravstvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2015, str.256-83.
5. Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar, Služba za javnozdravstvenu gerontologiju, Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba. Glosarij – pojmovnik odabranih stručnih termina iz gerontologije (pristupljeno 7. travnja 2022). Dostupno na: https://stampar.hr/sites/default/files/2022-01/glosarij_pojmovnik%20odabranih%20stru%C4%8Dnih%20termina.pdf.
6. Hrvatski crveni križ. Međunarodni dan starijih osoba i Dekada zdravog starenja 2020-2030. (pristupljeno 18. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.hck.hr/novosti/medjunarodni-dan-starijih-osoba-i-dekada-zdravog-starenja-2020-2030/10491>.
7. Tomek-Roksandić S, Lukić M, Deucht A, Županić M, Ljubičić M, Šimunec D et. al. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i Postupnikom opće/obiteljske medicine. Zagreb: CZG ZJZ Dr. Andrija Štampar; 2012.
8. Tomek-Roksandić S, Benjak T, Tomasović Mrčela N, Maltarić M, Trošelj M, Kolarić B et. al. Gerontološkojavnozdravstveni pokazatelji zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu (2014. - 2016. godine/popisna 2011. godina). Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar i Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo; 2016. (pristupljeno 18. ožujka 2022.). Dostupno na: https://stampar.hr/sites/default/files/gerontologija_-_ljetopis_2016_web.pdf.

9. Ministarska konferencija o starenju 2017. Održivo društvo za sve dobne skupine – ostvarenje potencijala dužeg životnog vijeka. Lisabon; 2017. (pristupljeno 18.ožujka 2022.). Dostupno na:
[https://stampar.hr/sites/default/files/ministarska deklaracija o starenju 2017.pdf](https://stampar.hr/sites/default/files/ministarska_deklaracija_o_starenju_2017.pdf).
10. Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ Dr. Andrija Štampar. Međunarodni dan starijih osoba –1. listopada 2020. (pristupljeno 18 ožujka 2022.). Dostupno na:
<https://stampar.hr/hr/novosti/medunarodni-dan-starijih-osoba-1-listopada-2020>.
11. WHO. Decade of Healthy Ageing 2021 – 2030 (pristupljeno 18. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/news/news/2021/01/decade-of-healthy-ageing-2021-2030>).
12. Nastavni Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar. Udjel osoba starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu po dobi i spolu, Hrvatska i Grad Zagreb, (popisna) 2011. godina – (procjena) 2019. godina (pristupljeno 6.travnja 2022). Dostupno na:
[https://stampar.hr/sites/default/files/udjel_starijih_osoba_u_ukupnom_stanovnistvu_2011 - 2019.pdf](https://stampar.hr/sites/default/files/udjel_starijih_osoba_u_ukupnom_stanovnistvu_2011_-_2019.pdf).
13. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011.Stanovništvo prema starosti i spolu po naseljima (pristupljeno 5. svibnja 2022). Dostupno na:
https://web.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_01/H01_01_01.html.
14. Hrvatski Zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis za 2019. godinu. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2020. (pristupljeno 6. travnja 2020). Dostupno na:
https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf.
15. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2010. (pristupljeno: 15.ožujka 2022). Dostupno na: <https://core.ac.uk/download/pdf/11699863.pdf>.
16. Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
17. Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A, ur. Javno zdravstvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
18. Tomek-Roksandić S, Čulig J, ur. Živjeti zdravo aktivno starenje. Zagreb: CZG ZZJZ Grada Zagreba; 2003.

19. Nastavni Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar. Zdravstveno statistički ljetopis grada Zagreba za 2019. godinu, Zagreb:Nastavni Zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar; 2020.
20. Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar.Vodič 15 uputa za aktivno zdravo starenje (pristupljeno 19. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.zagreb.hr/userdocsimages/arhiva/zdravlje/aktualno/GERONTOLO%C5%A0KI%20BILTEN%202017%202018%20.pdf>
21. WHO. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe 2012-2020. (pristupljeno 18. ožujka 2022).
Dostupno na:
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf.
22. Nastavni zavod za javno zdravstvo Dr. Andrija Štampar. Služba za gerontologiju (pristupljeno 15. ožujka 2022). Dostupno na: <https://stampar.hr/hr/sluzbe/sluzba-za-javnozdravstvenu-gerontologiju>.
23. Galić S, Tomasović Mrčela N, Barać I, Čizmar J, Dravinski S, Eršek Lj et.al. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologija starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek; 2013. (pristupljeno 14. ožujka 2022.). Dostupno na: http://ss-medicinska-os.skole.hr/upload/ss-medicinska-os/images/static3/1169/File/PROJEKT_Prirucnik_I.pdf.
24. Tomek-Roksandić S, Tomasović Mrčela N, Smolej Narančić N, Šostar Z, Duraković Z, Fortuna V, et. al. Osnove iz zdravstvene gerontologije.U: Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A, ur. Javno zdravstvo. Zagreb: Medicinska naklada; 2015, str. 256-83.
25. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Čulig J, et. al. Gerontološki centri – izvaninstitucijska skrb za starije osobe – šansa razvoja hrvatskoga gospodarstva u 2006. godini. U: Veselica V, Mlinarević M, Jurišić S, Jurčić Lj (ur.). Ekonomska politika Hrvatske u 2006.: zbornik radova. Zagreb: Inženjerski biro, 2005., str.574–595.
26. Tomek-Roksandić, S, Budak A, Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 1999.
27. Popek I, Rodin U, Samoprocjena funkcionalne sposobnosti osoba starije životne dobi, Acta Med Croatica. 2018;72(2):125-131.

28. Ribeiro DKMN, Lenardt MH, Lourenço TM, Betioli SE, Seima MD, Guimarães CA. The use of the functional independence measure in elderly. *Rev Gaucha Enferm.* 2018;38(4):e66496.
29. Babić D. Procjena aktivnosti osoba oboljelih od kardiovaskularnih bolesti treće životne dobi s prikazom modela prevencije neželjenih događaja. Doktorska disertacija. Maribor: Alter Mater Europea, Evropski center; 2021.
30. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal.* 1965;14:56-61
31. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol.* 1989;42(8):703-9.
32. Cohen ME, Marino RJ. The Tools of Disability Outcomes Research Functional Status Measures. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81(Suppl 2):S21-S28.
33. Schale W, Sherry L. Willis. Psihologija odrasle dobi i starenja. Jastrebarsko, Naklada Slap; 2001.
34. Ministarstvo socijalne politike i mladih. Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Zagreb: Republika Hrvatska; 2014.
35. Kimondo JW. Benefits and Challenges Encountered by Elderly Living in Nursing Homes. Degree Thesis. Arcada; 2012. (pristupljeno 18. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/51343/Kimondo%20Juliah.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
36. Fancey P, Keefe J. Home to Nursing Home: Understanding factors that impact the path seniors take. Halifax: Nova Scotia Centre on Aging, Mount Saint Vincent University; 2014.
37. Kolarić B, Tomasović Mrčela N, Mach Z, Šentija Knežević M, Orban M, Galić R, Istraživanje kvalitete življenja, kognitivne i funkcionalne sposobnosti korisnika u trima zagrebačkim domovima za starije. *Zbornik sveučilišta Libertas.* 2019;4(4):11-21.
38. Bouillet D. Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. *Revija za socijalnu politiku.* 2003;10(3):321-333.
39. Jedvaj S, Štambuk A, Rusac S: Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme.* 2014;1:135-154.
40. Zagreb: Grad Zagreb –Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom. Gerontološki centri grada Zagreba. 17 nam je godina tek (pristupljeno 24. ožujka 2022). Dostupno na:

<https://www.zagreb.hr/UserDocsImages/fotogalerija/gradske%20vijesti/Gerontoloski%20centri%20Grada%20Zagreba.pdf>.

41. Ostojić, R, ur. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravlja RH;2012. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf>.
42. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja, NN 126/2006. (pristupljeno 24. ožujka 2022). Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2006_11_126_2779.html.
43. Službene stranice Grada Zagreba. Projekt Gerontološki centri Grada Zagreba (pristupljeno 10. ožujka 2022). Dostupno na: <https://www.zagreb.hr/projekt-gerontoloski-centri-gradzagreba/5630>.
44. Dom za starije osobe Sveti Josip Zagreb. Cjelodnevni boravak (pristupljeno 6. travanja, 2022.). Dostupno na: <https://domsvjosip.hr/usluge/cjelodnevni-boravak/>
45. Grad Zagreb – Službene stranice. Pomoć u kući (pristupljeno 5. travnja 2022). Dostupno na: <https://domsvjosip.hr/usluge/cjelodnevni-boravak/>.
46. Magazin moje vrijeme. Kako izgleda posao gerontodomačice (pristupljeno 12. travnja 2022.). Dostupno na: <https://www.mojevrijeme.hr/magazin/2017/12/kako-izgleda-posao-gerontodomacice/>.
47. Korner-Bitensky N. Wood-Dauphinee S.Barthel Index information elicited over the telephone. Is it reliable? Am. J. Phys. Med. Rehabil. 1995;74(1):9-18.
48. Della Pietra GL, Savio K, Oddone E, Reggiani M, Monaco F, Leone MA. Validity and reliability of the Barthel index administered by telephone.Stroke. 2011;42(7):2077-79.
49. Živoder I. Percepcija kvalitete života starijih osoba u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi u gradu Zagrebu (doktorska disertacija). Maribor: Alma Mater Europaea; 2019.
50. Splitsko-dalmatinska županija. Socijalni plan Splitsko–dalmatinske županije za razdoblje 2015. – 2018. (pristupljeno 24. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.dalmacija.hr/dokumenti?EntryId=52>.
51. Umirovljenici u centru „Zlatno doba“ udruge „MI“ – Split (pristupljeno 24. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.seniori.hr/1064-umirovljenici-u-centru-zlatno-doba-udruge-mi-split>.
52. Udruga Sv. Jeronim. Pomoć u kući starijim osobama. (pristupljeno 24. ožujka 2022.). Dostupno na: <http://www.udrugasvjeronim.hr/wp/pomoc-u-kuci-starijim-osobama/>.

53. Udruga Sv. Jeronim. Dnevni boravak za osobe treće životne dobi (pristupljeno 12. ožujka 2022.). Dostupno na: <http://www.udrugasvjeronim.hr/wp/dnevni-boravak-za-osobe-trece-zivotne-dobi/>.
54. Udruga Iskra. Psiholog u području socijalne skrbi za osobe starije životne dobi, 2018. (pristupljeno 24. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.udruga-iskra.hr/hr/novost/psiholog-u-podrucju-socijalne-skrbi-za-osobe-starije-zivotne-dobi-45>.
55. Despot Lučanin J, Lopužić J. Psihološki osjetljiva skrb o starijim osobama u vrijeme pandemije COVID-19. Zagreb: Hrvatsko psihološko društvo; 2021.
56. HURT – Udruga za realitetnu terapiju Republike Hrvatske. Radna terapija. (pristupljeno 24. ožujka 2022.). Dostupno na: <https://www.hurt.hr/radna-terapija/>.
57. Mrzljak V. Zdravstvena njega bolesnika u kući. Zagreb: Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući; 2016.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci:

Ime i prezime	Marina Tičinović
Adresa	
Mobitel	
E – mail	marina.ticinovic@windowlive.com
Državljanstvo	Hrvatsko
Datum rođenja	08.09.1995.

ŠKOLOVANJE I STRUČNO USAVRŠAVANJE

Datum	2002 - 2010
Mjesto	Kostanje
Ustanova	Osnovna škola „1. Listopada 1942.“ Čišla, Područna škola Kostanje.

Datum	2010.– 2015.
Mjesto	Split
Ustanova	Zdravstvena škola Split
Zvanje	Medicinska sestra / tehničar opće njege

Datum	2015.– 2018.
Mjesto	Zadar
Ustanova	Sveučilište u Zadru; Preddiplomski Sveučilšni studij sestrinstva
Zvanje	Sveučilišna prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva, (univ. bacc. med.techn.)

Datum	2019.–
Mjesto	Split
Ustanova	Sveučilišni odjel zdavstvenih studija; Diplomski studij sestrinstva
Zvanje	Magistra sestrinstva (mag. med. techn.)

RADNO ISKUSTVO

- | | |
|---------------------|--|
| Datumi (od – do) | 18.10. 2018. – 16.12.2018. |
| Ustanova zaposlenja | Dječji dom „Maestral“ Split |
| Naziv radnog mjesta | Odgajatelj predškolskog odgoja od 0 -3 / Medicinska sestra |
| Funkcija | Medicinska sestra |
| Područje rada | SDŽ |

- | | |
|---------------------|--|
| Datumi (od – do) | 16.12.2018.– |
| Ustanova zaposlenja | Dom zdravlja Splitsko – dalmatinske županije |
| Naziv radnog mjesta | Medicinska sestra u Stacionaru |
| Funkcija | Prvostupnica sestrinstva |
| Područje rada | SDŽ |

OSNOVNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Materinji jezik

hrvatski

Strani jezici

Jezik

Engleski

Govori

Engleski

Piše

Engleski

Čita

Engleski

Tehničke vještine i kompetencije:

Rad na osobnom računalu: MS office; Word, Excel, Power Point, Outlook, Internet

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

UN – Ujedinjeni narodi

WHO – World Health Organization

JG – Javnozdravstvena gerontologija

ADL – Activities of daily Living

FIM – Functional Independence Measure

BI – Barthel Indeks

MBI – Indeks po Barthelovoj modificiran prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B.

GC – Gerontološki centri

PRILOZI

UPITNIK O SOCIODEMOGRAFSKIM OBILJEŽJIMA STARIJIH OSOBA

1.) Redni broj ispitanika Broj:	9.) Tip kućanstva u kojem živi a) samačko kućanstvo b) kućanstvo s više osoba
2.) Procijenjeni stupanj socijalne usluge smještaja Broj:	10. Pokretnost* a) Sasvim pokretni b) Ograničeno pokretni (služi se povremeno sa štapom, štakama...) c) Trajno ograničeno pokretni (trajno u invalidskim kolicima d) Trajno nepokretni
3.) Dob korisnika Godina rođenja:	
4.) Spol korisnika M / Ž	
5.) Bračni status a) neoženjen/neudana b) živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici c) rastavljen/rastavljena d) udovac/udovica	11. Pružatelji pomoći za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života a) Članovi obitelji b) Stručno osoblje (njegovatelji, medicinske sestre i drugi) c) Prijatelji ili susjedi d) Nitko mi ne pomaže (iako potrebe za tuđom pomoći postoje) e) Ostali f) Ne trebam tuđu pomoć za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života
6. Stupanj obrazovanja a) osnovna škola b) srednja stručna sprema c) viša stručna sprema d) visoka stručna prema	
7. Roditeljstvo DA: (koliko djece).....; NE	
8.) Duljina čekanja na listi za smještaj u dom za starije a) 0-6 mjeseci b) 6 mjeseci – 1 godina c) 1 god. – 2 god. d) 2 god. – 5 god. e) 5 god. – 10 god. f) 10 god i više	

Izvor; Institucijski projekt: „Samoprocijenjena potreba starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“ (SOZS- IP – 2020 – 5)

* (7)

UPITNIK ZA SAMOPROCJENU STARIJIH OSOBA O POTREBI I ODABIRU PONUĐENIH USLUGA IZVANINSTITUCIJSKE SKRBI

ODABERITE KOJE BI VAMA BILE NAJPOTREBNIJE PONUĐENE USLUGE* (RANGIRANO OD 1 DO 3)
a) Usluge pomoći u kući (organiziranje prehrane / dostava obroka, uloga gerontodomačice) Gerontodomačice pružaju potrebitu pomoć starijoj osobi u nabavci namirnica i lijekova te održavanju higijene doma u kojem žive i osobne higijene.
b) Dnevni boravak (starije osobe provode dio dana u skrbi gdje im se, osim boravka i prehrane, najčešće pružaju određene zdravstvene i socijalne usluge uz organiziranje slobodnog vremena, radnih aktivnosti...)
c) Programi stalne fizičke, psihičke, radne i kulturno-zabavne aktivnosti (primjerice: medicinska gimnastika za starije osobe, igranje šaha, boćanje, okupacijska i radna terapija, pjevački zbor i drugo)
d) Zdravstvene, socijalne i psihološke usluge (primjerice: savjetovanja psihologa, usluge iz zdravstvene njege i rehabilitacije, organizacija predavanja o zdravlju starijih osoba i drugo...)
e) Tehnička pomoć (posudionica ortopedskih pomagala / posudbe npr. štaka i kolica za osobe s invaliditetom, čitaonica dnevnog tiska, pomoć u ispunjavanju formulara i drugo...)

Izvor; Institucijski projekt: „Samoprocijenjena potreba starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“ (SOZS- IP – 2020 – 5)

*Ponuđene usluge Gerontološkog centra u Upitniku su modificirane prema: Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Škes M, et. al. Gerontološki centri 2004; Zagrebački model uspješne prakse za starije ljude. 2. dop. izd. Zagreb: Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju; 2004.

