

Razlozi smještaja u dugotrajnu institucijsku skrb domova za starije osobe

Sušac, Marina

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:176:695245>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-08**

Repository / Repozitorij:



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Marina Sušac

**RAZLOZI SMJEŠTAJA U DUGOTRAJNU
INSTITUCIJSKU SKRB DOMOVA ZA STARIJE OSOBE**

Diplomski rad

Split, 2023.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ SESTRINSTVA

Marina Sušac

**RAZLOZI SMJEŠTAJA U DUGOTRAJNU
INSTITUCIJSKU SKRB DOMOVA ZA STARIJE OSOBE
(REASONS FOR ACCOMMODATION IN LONG-TERM
INSTITUTIONAL CARE FOR ELDERS)**

Diplomski rad/Master's Thesis

Mentor:

izv. prof. prim. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, dr.med.

Split, 2023.

Sveučilište u Splitu
Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
Diplomski sveučilišni studij sestrinstva

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

Mentor: izv. prof. prim. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, dr. med.

RAZLOZI SMJEŠTAJA U DUGOTRAJNU INSTITUCIJSKU SKRB DOMOVA ZA STARIJE OSOBE

Marina Sušac, 0346005075

Sažetak:

Uvod: Ovaj diplomski rad je izrađen u okviru znanstvenog institucijskog projekta Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija u Splitu pod nazivom „Samoprocijenjena potreba starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“ i čini II. dio predmetnog projekta (SOZS-IP-2020-5). U ovom radu cilj je istražiti koji su to prioritetni razlozi smještaja osoba starijih od 65 godina u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe.

Metode i ispitanici: Prema Službenoj listi čekanja za smještaj u Dom za starije i nemoćne osobe u Splitu, Vukovarska, u listopadu 2021. godine, telefonskim anketiranjem se provodilo istraživanje uz osiguranu anonimnost osoba. Uključena je svaka druga osoba u dobi od 65 i više godina s predmetne liste, kojoj je ponuđeno sudjelovanje u istraživanju. Za potrebe istraživanja korišten je Indeks po Barthelovoj skali modificiran prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. Upotrebljeni su i upitnik o socio-demografskim obilježjima starijih osoba i upitnik o razlozima smještaja u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe.

Rezultati i rasprava: Rezultat istraživanja je pokazao da je ispitanicima (N=182) prioritetni razlog smještaja u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe, „bolest“ s prosječnim brojem bodova 1,63 (SD 1.07), drugi razlog rangiran po važnosti za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb je „potreba za zdravstvenom njegom“ s prosječnim brojem bodova 1,18, (SD 1.03), te „obitelj“ koja ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb s prosječnim brojem bodova 1,17 (SD 1.28). Prema istraživanju najvećem broju ispitanika pomoć pružaju članovi obitelji (n=122; 67,03%) koji na taj način postaju neformalni njegovatelji. Ispitivanjem je utvrđena povezanost između razine razloga smještaja u dom za starije osobe i razloga smještaja ($\chi^2=26,26$; $P<0,001$) s najčešćim razlogom bolesti.

Zaključak: Temeljem rezultata ovog istraživanja potvrđuje se značaj pružanja zdravstvenih usluga u domovima za starije osobe jer su prema samoprocjeni starijih osoba najviše rangirani razlozi za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb upravo „bolest“ i „potreba za zdravstvenom njegom“. Takvi rezultati istraživanja impliciraju na potrebne promjene u kadrovskim normama i normativima u domovima za starije osobe, neophodnost učinkovite povezanosti institucijske i izvaninstitucijske skrbi za osobe starije dobi te koordinacije unutar nužnog multidisciplinarnog gerontološkog tima.

Ključne riječi: dugotrajna institucijska skrb; gerontološko-javnozdravstveni pokazatelji; samoprocijenjeni razlozi smještaja u dom za starije osobe; starije osobe;

Rad sadrži: 78 stranice, 11 slika, 13 tablica, 2 priloga, 47 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: izv. prof. prim. dr. sc. Nada Tomasović Mrčela, dr. med.

REASONS FOR ACCOMMODATION IN LONG-TERM INSTITUTIONAL CARE FOR ELDERS

Marina Sušac, 0346005075

Summary:

Introduction: This graduate thesis was created within the scientific institutional project of the University Department of Health Studies in Split entitled "Self-assessed need of elderly people for services of gerontological centers (non-institutional care) in Split" and constitutes the 2nd part of the mentioned project (SOZS-IP-2020-5). The aim of this paper is to investigate what are the main reasons that people over the age of 65 decide to apply for a long-term institutional care at a nursing home.

Methods and subjects: **Methods and subjects:** The research was conducted by phone survey with the anonymity of the persons ensured. The source of contact was official waiting list for accommodation in the Nursing home in Split, location Vukovarska, dating October 2021. Every other person aged 65 and over from the subject list who was offered participation in the research was included. For the purposes of the research, we used the Barthel scale index modified according to Shah S., Vanclay F. and Cooper B. as well as questionnaires on the socio-demographic characteristics and the reasons for applying for a long-term institutional care at a nursing home.

Results and discussion: The results of the research showed that the main reason for applying for long-term institutional care at a home for the elderly is "illness" (N=182) with an average number of points of 1.63 (SD 1.07), while the second reason ranked in importance is "need for health care" with an average number of points 1.18, (SD 1.03). The third reason is "family" that cannot provide adequate and necessary care with an average number of points 1.17 (SD 1.28). According to the research, the largest number of respondents are being helped by family members (n=122; 67.03%), where family members become their informal caregivers. The analysis established an association between the level of reason for applying to a nursing home and the reason for applying ($\chi^2=26.26$; $P<0.001$) with the most common reason being the illness.

Conclusion: Based on the results of this research, we can confirm the importance of providing health services in homes for the elderly, because according to the self-assessment of the elderly, the highest ranked reasons for applying for long-term institutional care are precisely "illness" and "need for health care". Such research results imply the necessary changes in personnel norms and standards in nursing homes, the necessity of effective

connection of institutional and non-institutional care for the elderly, and coordination within the necessary multidisciplinary gerontological team.

Keywords: long-term institutional care; gerontological public health indicators; self-assessed reasons for applying to a nursing home; elderly people.

Thesis contains: 78 pages, 11 figures, 13 tables, 2 supplements, 47 references

Original in: standard Croatian language

ZAHVALA

*„Usta mi bijahu puna tvoje hvale,
slaviše te svaki dan!
Ne zabaci me u starosti:
kad mi malakšu sile, ne zapusti me!
Ustima ću naviještati pravednost tvoju,
povazdan pomoć tvoju:
jer im ne znam broja.“
(Psalam 71, 8-9, 15)*

Najprije i najviše zahvaljujem dragom i milosrdnom Bogu na daru života i svim darovima kojima me je obdario kako bi sve bilo Njemu na slavu.

Potom veliko hvala mojoj dragoj i strpljivoj mentorici izv. prof. prim. dr. sc. Nadi Tomasović Mrčela, dr. med. koja mi je tijekom cijelog pisanja diplomskog rada bila velika podrška, „vjetar u leđa“ i jedna krasna osoba koja je do kraja imala veliko povjerenje u mene. Njezina dobrotu i plemenitost vjerujem da se jasno vidi kroz njezino djelovanje i u susretu s njom.

Zahvaljujem puno i mojoj velikoj duhovnoj obitelji Službenica Milosrđa (posebno zajednici sestara u Kaštel Sućurcu) kao i mojoj rođenoj obitelji na podršci, ljubavi i vjerovanju u mene.

Zahvaljujem tolikim dragim osobama koje je Gospodin stavio na moj životni put jer svaka osoba je dar Božji.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	2
1.1. POLOŽAJ STARIJIH OSOBA U DRUŠTVU	5
1.1.1. Starenje	6
1.1.2. Demografsko starenje stanovništva.....	7
1.2. DOMOVI ZA STARIJE OSOBE.....	9
1.3. OBLICI SKRBI ZA STARIJE OSOBE	10
1.3.1. Izvaninstitucijska skrb za starije osobe	10
1.3.2. Institucijska skrb	11
1.3.3. Podjela domova za starije osobe	14
1.4. SUVREMENI MODEL PRUŽANJA ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE ZAŠTITE STARIJIM OSOBAMA.....	15
2. CILJ RADA.....	19
3. IZVORI PODATAKA I METODE.....	21
3.1. UZORAK ISPITANIKA.....	21
3.2. METODE ISTRAŽIVANJA.....	21
3.3. ANALIZA PODATAKA	23
3.4. ETIČKA PITANJA	23
4. REZULTATI	24
4.1. OPĆE SOCIODEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA	24
4.2. ISPITIVANJE HIPOTEZA.....	32
5. RASPRAVA.....	49
6. ZAKLJUČCI	58
7. LITERATURA	61
8. ŽIVOTOPIS	66
POPIS KORIŠTENIH KRATICA	69
PRILOZI.....	70

1. UVOD

Najstarije stanovništvo u svijetu se nalazi u razvijenim europskim zemljama gdje Hrvatska ne čini izuzetak nego se smješta između deset zemalja u svijetu s najstarijom populacijom (1). Prema tome ne čudi velika potražnja i potreba za smještajem u domove za starije osobe kada je jedan od najčešćih razloga smještaja u institucijske ustanove upravo bolest i stalna potreba za zdravstvenom i socijalnom skrbi što proizlazi iz visoke dobi te zahtijeva stručni individualni gerontološki bio-psiho-socijalni pristup (2, 3).

Ovisno o socio-ekonomskom statusu, stupnju obrazovanja, zdravstvenom stanju, funkcionalnoj sposobnosti i ostalim čimbenicima proizlaze različite socijalne i zdravstvene potrebe starijih osoba (3).

S obzirom na povećan broj starije populacije u Republici Hrvatskoj izrađuje se za određeno vremensko razdoblje (2014. - 2016.) „Strategija socijalne skrbi za osobe starije životne dobi“ u Hrvatskoj, kao i način njezine provedbe. Na tom području s posebnim zalaganjem se ističe Grad Zagreb sa konkretnom provedbom pomoći i usluga starijim osobama u gradu Zagrebu gdje ostvaruju i respektabilne rezultate. Takvi rezultati nam jasno pokazuju kako sve više starijih osoba, u odnosu na gospodarske i financijske krize i osiromašenje obitelji, imaju potrebu pomoći od strane drugih osoba, udruga i institucija. U današnje vrijeme starijim osobama posebno prijete i socijalna isključenost te je i to razlog sve veće potražnje za dugotrajnom skrbi (4). Porastom kronološke dobi osobama starije životne dobi se javljaju poteškoće u obavljanju određenih aktivnosti života i to u ranijoj starosti 38,44%, dok u srednjoj starosti imamo 53,85% , a u dubokoj starosti imamo udio osoba od 67,93% (5).

Danas se na poseban način podupiru smjernice aktivnog starenja što implicira na sve duži radni angažman starijih osoba, produženje radnog vijeka (primjerenog mogućnostima, zdravstvenom stanju i funkcionalnoj sposobnosti starije osobe), veća mogućnost sudjelovanja u društvenom životu kao i cjeloživotno obrazovanje da bi se prilagodilo današnjim radnim uvjetima i životnim okolnostima. To nas upućuje na mnoge i različite težnje starijih osoba za izvaninstitucijskim i institucijskim uslugama u zaštiti zdravlja osoba starije životne dobi. Vrlo važnu ulogu ima lokalna zajednica i volonterski rad (3, 4).

Nerijetko se čuje za slučajeve sklapanja „ugovora o dosmrtnom i doživotnom uzdržavanju“ gdje su starije osobe često žrtve zlopotrebe takvog načina pomoći (4). S obzirom na takvu socijalnu sliku predlažu se i programi prevencije zloraba osoba starije životne dobi, poput određenih socijalnih inovacija koje zahtijevaju angažman osoba koje su po struci ili dobrovoljno u kontaktu sa starijim osobama i mogu doprinijeti na različite načine za unapređenje socijalnih prava starije populacije, potrebne skrbi te održavanju njihove funkcionalne sposobnosti (4).

Prema podacima i metodologiji Državnog zavoda za statistiku (DZS) sve više raste broj starijih osoba koje imaju poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (5).

Isto tako prema istim podacima i metodologiji DZS dobivamo rezultat da u Hrvatskoj žene čine najveći udio samačkog stanovništva starijih osoba tj. od 24,23% stanovništva 77,50% čine žene. Od toga dobna skupina ranije starost čini udio od 20,28% samačkog kućanstva, srednja starost 28,57%, a duboka starost čini udio od 30,9% samačkog kućanstva. Prema popisu iz 2011. godine imamo podatke da su žene zastupljene sa 75,55% u institucijama za starije (5).

Usluge smještaja koje se ostvaruju kao institucijska skrb u domovima za osobe starije životne dobi može biti privremena ili dugotrajna. Izvaninstitucijski smještaj se može ostvariti u „udomiteljskoj obitelji, obiteljskom domu ili organiziranom stanovanju“ (5). Zbog funkcionalne onesposobljenosti i trajnih promjena zdravstvenog stanja starije osobe imaju pravo priznanja Centra za socijalnu skrb na dugotrajni smještaj.

Najčešća usluga koju koristi starija osoba u sustavu socijalne skrbi je smještaj izvan vlastite obitelji što podrazumijeva stanovanje, brigu o zdravstvenoj skrbi, njegu, pravilnu prehranu, aktivno provođenje vremena i ostalo. Trend brzog rasta broja starijih osoba je pokazatelj kako se stanovništvo Hrvatske nalazi u situaciji gdje starije osobe postaju sve brojnija skupina u strukturi stanovništva te se kao takvu treba promatrati i brinuti o njoj (1).

Starenje je prirodna fiziološka pojava koja može biti popraćena multiplim deficitima i bolestima, s toga gerontološki stručnjaci savjetuju kako je važno ne pristupati starijim osobama samo biomedicinskim pristupom u zdravstvenoj skrbi nego i primijeniti individualni bio-psiho-socijalni pristup, uz procjenu njihove funkcionalne

sposobnosti (3, 6). Bečka strategija Međunarodnog plana o starenju koje državne članice trebaju poštivati to nam i potvrđuje (u članku 43., 45., 47. i 49.) 2004. godine u Europskom parlamentu Deklaracija o zdravstvenoj skrbi za starije kao i Strategija razvoja hrvatskog zdravstva i Plana zdravstvene zaštite Hrvatske 2004. – 2007. godine (NN 489/04) (6).

U domove za starije osobe 2015. godine u Hrvatskoj je osiguran smještaj za 2.1% s obzirom na sveukupnu stariju populaciju (2). Na kraju 2015. godine prema podacima „Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku“, 17.141. osoba stara 65 godina i više je smještena u domove za starije osobe, od toga preko socijalne skrbi su smještene 3.374 starije osobe (5). S toga je nužno djelovanje multidisciplinarnog gerontološkog tima u domovima za starije osobe. Tim čine stručnjaci različitog profesionalnog profila: liječnici specijalisti obiteljske medicine, medicinske sestre, socijalni djelatnici, radni terapeuti, gerontonegovatelji/gerontonegovateljice, fizioterapeuti i drugi (7).

S obzirom na demografsko stanje u Hrvatskoj koja je prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda (UN-a) „vrlo staro pučanstvo“ s udjelom 65 godišnjaka od 17,7% u ukupnoj populaciji prema popisnoj 2011.g. i ovaj diplomski rad želi doprinijeti jasnoći i potrebi suzbijanja predrasuda i pogrešnih stavova o starijim osobama i starenju, a isto tako i senzibilnosti kod ostvarenja pomoći za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb za starije osobe (6, 8).

Temeljem institucijskog projekta Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija u Splitu pod nazivom „Samoprocijenjena potreba starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“, ovim diplomskim radom, koji čini II. dio institucijskog projekta želi se istražiti koji su „Razlozi smještaja u dugotrajnu institucijsku skrb domova za starije osobe“.

Kroz rad će se aktivnije sagledati povezanost izvaninstitucijske skrbi s institucijskom skrbi za osobe starije životne dobi kao jedinstven sustavu zaštite zdravlja starijih osoba.

1.1. POLOŽAJ STARIJIH OSOBA U DRUŠTVU

Starije osobe ostvaruju svoja ljudska prava ako imaju pravilnu skrb koja pruža kvalitetu života i sprječava diskriminaciju po osnovi dobi (9).

Osobe starije životne dobi su danas u višestruko nepovoljnom položaju gledajući na njihovo financijsko stanje, s obzirom da je 2017. godine najviša stopa rizika od siromaštva bila 28,6% kod osoba starijih od 65 godina te mnoge osobe, pogotovo osobe starije životne dobi, procjenjuju svoje stanje kao loše ili jako loše te se osjećaju siromašnim (10). Jedan od nepovoljnih aspekata je usamljenost i narušena kvaliteta života zbog nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti što raste s kronološkom dobi te starije osobe čini posebno ranjivijima i ovisnima o pomoći drugih osoba (3, 10).

Prema podacima iz 2013. godine u Hrvatskoj je 274 000 osoba koje su funkcionalno ovisne te najveći dio prima novčanu naknadu, dok jedan manji dio prima institucijsku ili izvaninstitucijsku zdravstvenu skrb, a ostale osobe primaju neformalnu ili obiteljsku skrb. S obzirom na demografsko stanje u Hrvatskoj procjenjuje se da će broj ovisnih o tuđoj pomoći u Hrvatskoj porasti u budućnosti na 340 000 (10).

Velik broj starijih žena iznad 65 godina je u statusu udovištva što podrazumijeva da su žene izloženije samačkom načinu života od muškaraca. O lošijem položaju starijih žena nas upućuju činjenice da starije žene u Hrvatskoj često imaju niži stupanj obrazovanja, manje radnog staža te su tako ograničenije u pristupu javnim uslugama (1).

Starije osobe su društveno osjetljiva kategorija stanovništva te im kao takvima treba pomoći kako bi ostvarili svoja prava i živjeli dostojanstven život u svojoj starosti te sprječavati da se nalaze u neravnopravnim položajima kada je riječ o njihovim zasluženim pravima i slobodama (5).

Prema nekim istraživanjima možemo vidjeti kako se kod starijih osoba najviše krše prava iz kategorije dostojanstva i sigurnosti. To pred nas stavlja potrebu educiranja stanovništva kako su starije osobe „osjetljiva skupina stanovništva koju treba zaštititi“ (5, 9).

Vrlo je bitno, za razvoj skrbi starijih osoba, da se odnos društva koje je većinom usmjereno na rad i profit te gdje je najvažnije biti uspješan, mlad, neovisan, promjeni te se starije osobe ne smatraju teretom nego resursom, odnosno važnim dionicima u našem društvenom životu (1).

Starije osobe su dio naše populacijske zajednice i kao takve sukladno svojoj funkcionalnoj sposobnosti aktivno žive, stvaraju i otkrivaju neke nove mogućnosti i prednosti koje nisu bile vidljive u mlađoj dobi.

1.1.1. Starenje

Starenje počinje začecem i odvija se tijekom cijelog života. Niz je promjena koje se događaju u organizmu kao: slabljenje fizioloških funkcija, propadanje tkiva i organa, a time i cijeloga organizma u cjelini (11).

Po kronološkoj dobi prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO -*World Health Organization*) starost dijelimo na (12):

1. Ranija starost (65 – 74 god.).
2. Srednja starost (75 – 84 god.).
3. Duboka starost (85 godina i više).

Funkcionalna sposobnost kod osoba starije životne dobi u vršenju svakodnevnih aktivnosti života odnosi se na „biološko, socijalno i psihološko funkcioniranje“ (12). To je značajna tema istraživanja u gerontologiji i gerijatriji te važan pokazatelj povezan sa zdravljem i kvalitetom života starijih osoba. Gerijatrija je medicinska znanost koja se aktivno bavi liječenjem, proučavanjem i sprječavanjem bolesti starijih osoba (3). Procjena funkcionalne sposobnosti se posebno odnosi na svakodnevne aktivnosti života koje starije osobe mogu obavljati samostalno, a nama su važan pokazatelj ukoliko dolazi do pogoršanja mogućnosti samozbrinjavanja (8, 12, 13). Gerontologija je znanost koja proučava „zdravstvene, socijalne i psihološke“ probleme starijih osoba (14). Prvi simpozij u Hrvatskoj je bio u Zagrebu u JAZU (Jugoslavenska akademija znanosti i umjetnosti) 1958. godine, a 1970. godine u Dubrovniku je održana prva međunarodna konferencija gerontologa (14).

Danas nam je prijeko potreban osjećaj za mudrost i smisao starenja. Tako cijenimo dobro koje društvo nosi u sebi, a poštivanje starijih osoba pomaže nam da pozitivno gledamo na naše starenje. Svaki dan čovjek je sve stariji i time vidimo kako je razmišljanje o starenju važno za svakog čovjeka, a ne samo za starije ljude jer starenje je čovjekovo temeljno iskustvo. Razmišljanje o starenju je ujedno i razmišljanje o tajni čovječstva u sebi. Ne treba starijim ljudima samo medicinski produljivati i olakšati život, to je samo jedan od faktora pomoći, nego današnje društvo treba ponovno otkriti dostojanstvo, vrijednost i smisao starenja (15).

U povijesti se često govorilo ili pisalo o starenju u mitovima koji su utkani u nekim religijama ali i to je bio način (a nekima je možda i danas) kako bi se pomoglo ljudima da prihvate „misterij“ starenja. U 17. stoljeću nailazimo na Francisa Bacona koji znanstvenom metodom među prvima pokušava objasniti proces starenja (13).

1.1.2. Demografsko starenje stanovništva

Dok nam podatak iz 2012. godine otkriva kako se Hrvatska nalazi između deset zemalja u svijetu sa najstarijim stanovništvom (17,7%) do danas možemo zaključiti kako je demografsko starenje stanovništva u Hrvatskoj doseglo puno veću razinu te neminovno možemo računati na veći udio starijih osoba. Tome dakako doprinosi bolja zdravstvena i socijalna skrb ali i pad stope fertiliteta (1). Recentniji podaci objavljeni 2016. godine u Statističkom ljetopisu Republike Hrvatske, donose procjene prema kojima je sredinom 2015.g. u Hrvatskoj živjelo 4 203 604 stanovnika, a od toga 799 286 (19,01%) osoba je staro 65 godina i više (5).

Isto tako smo svjedoci da Hrvatska nema jednako razvijene gerontološke strukture u svim dijelovima domovine i kako su timovi gerontoloških stručnjaka za kvalitetnije i zdravije življenje osoba starije životne dobi još uvijek puno manjeg broja s obzirom na potrebe našega starijeg dijela stanovništva.

Prijašnje ruralne obitelji, na poseban način žene, su pružale potrebnu skrb starijim članovima svoje obitelji dok se današnje obitelji suočavaju sa poteškoćama u pružanju adekvatne skrbi starijim članovima svoje obitelji. Tako danas sve više ulogu koju je

nekada imala obitelj u vezi skrbi za starije članove svoje obitelji preuzimaju državne ili privatne institucijske ustanove (1). Osobe starije životne dobi u većem broju žive u samačkom kućanstvu što upućuje da se obiteljski kontakt sve više odvija na daljinu te je izraženija izolacija i otuđenost starijih osoba (1). Hrvatska ima sve veći udio osoba starije životne dobi kao skupinu stanovništva o kojoj treba voditi brigu u mnogim aspektima, što pred sve nas stavlja izazov i traži pristup koji osobe starije populacije smatra važnim čimbenikom u našem društvu (1).

Sve su zastupljenije skupine osoba starije dobi u ukupnom pučanstvu, a to se može primijetiti i u području politike gdje vidimo da su stranke umirovljenika sve prisutnije što implicira na rezultate izbora (1).

Najčešći razlog dugotrajne izvaninstitucijske i institucijske skrbi je bolest, tj. kronične bolesti (3). U posljednje vrijeme dugotrajna skrb za starije osobe je jedno od najvažnijih pitanja o kojima se na poseban način u europskim zemljama mora razmatrati.

Dugotrajnu skrb „Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj“ (OECD) definira kao: „politiku koja predstavlja presjek situacije u pružanju određenog broja usluga za osobe koje su ovisne o tuđoj pomoći u osnovnim dnevnim aktivnostima tokom duljeg vremenskog perioda (1).“ Dugotrajna pomoć se najčešće odnosi na osobe starije od 80 godina odnosno osobe kojima je potrebna pomoć u njihovim svakodnevnim aktivnostima kako bi se ostvarila zaštita prava starijih osoba i njihovo dostojanstvo te da ih društvo ne bi doživljavalo kao teret nego kao jedan vrijedan i cijenjen dio naše društvene zajednice. Zbog izrazito visokog udjela starijeg stanovništva u mnogim zemljama Europske unije (EU), pa tako i u Hrvatskoj, dugotrajna skrb je organiziranija i nastoji se osigurati unutar obitelji kako bi se udaljilo od usluga institucijske skrbi i kako bi tu uslugu što više koristile osobe s najtežim oblicima bolesti kojima kućna skrb nije dovoljna i ne može zadovoljiti njihove potrebe (1).

Socijalne ustanove se danas sve više trude osigurati starijem pučanstvu potrebne usluge kako bi pomogli korisniku kad samostalno odlučuje o tipu pomoći koju želi i osjeća da mu je potrebna.

Iako se pokušava odgovoriti na probleme adekvatne skrbi za starije osobe preko različitih izvaninstitucijskih usluga kao što je gerontološki centar nailazi se na financijske i kadrovske ograničenosti što ne zadovoljava da se rad proširi na što veći broj osoba koje su socijalno ugrožene, posebno onih starijih osoba koje se nalaze na otocima ili udaljenijim mjestima (1).

To nam govori o tome kako Hrvatska još uvijek razvija najprilagođeniji sustav skrbi o starijim osobama. Hrvatska je neminovno suočena sa starenjem stanovništva i određenim promjenama koje ono sa sobom nosi te treba biti otvorenija u proširivanju programa koji pružaju socijalnu i zdravstvenu zaštitu starijim osobama. Razdoblje stanovništva koje nazivamo ranija starost (65 - 74 godina) je sve prisutnije u našoj domovini zbog demografskog starenja našega stanovništva te se na njih treba računati kao na dobar ljudski resurs razvoja našega društva (1).

Neophodan je holistički pristup u pružanju socijalnih i zdravstvenih usluga starijoj populaciji koje će odgovoriti na svakodnevne potrebe osoba starije životne dobi.

1.2. DOMOVI ZA STARIJE OSOBE

Domovi za starije osobe su institucijske ustanove trajnog smještaja stanovanja osoba kojima je poglavito funkcionalna sposobnost u uspješnom vršenju svakodnevnih životnih aktivnosti vrlo oslabila te ne mogu brinuti o najosnovnijim potrebama života. Danas su većina domova za starije osobe privatne ustanove, a u Hrvatskoj imamo oko 200-tinjak domova i premda ih je toliko većinom se teško pronalazi slobodnih mjesta (5, 16).

Svakoj osobi se prilazi individualno i prema potrebi osobe određuje se stupanj gerijatrijske zdravstvene njege koji ovisi o funkcionalnoj sposobnosti i zdravstvenom stanju korisnika doma. Promjena koja nastaje u životu osobe starije životne dobi kod dolaska u dom za starije osobe često vodi pojačanom strahu i stresu zbog potrebne prilagodbe na nepoznato, drugačije i novo što može biti popraćeno socijalnom ili emocionalnom izolacijom i vodi osjećaju nedostatka društvenoga pripadanja. Zbog toga je važna dobra socijalna podrška i održavanje socijalnih kontakata sa osobama s kojima

je korisnik doma povezan (bilo rodbinski ili prijateljski), ali i sa novim osobama koje korisnik doma svakodnevno susreće. Socijalna izolacija može bitno utjecati na psihičko, ali i fizičko zdravlje korisnika doma te je važno po dolasku novog korisnika pomoći mu da se osjeća dobrodošao i računati na potrebno vrijeme prilagodbe koje je individualno za svakoga posebno.

Jedna od otežavajućih okolnosti u zaštiti zdravlja starijih osoba je nedostatak zdravstvenih djelatnika u domovima za osobe starije životne dobi, na što je već ukazala gerontološka javnozdravstvena analiza u Hrvatskoj iz 2008. - 2009. godine (7).

Osobito je važno, za dobrobit korisnika domova za starije osobe, prepustiti mu više mogućnosti odabira u odlukama koje treba donijeti i nad svojim životom te dopustiti da odredi svoj dnevni raspored i sudjelovanje u aktivnostima koje dom za starije pruža (17).

1.3. OBLICI SKRBI ZA STARIJE OSOBE

Brigu o vlastitom zdravlju i svojoj funkcionalnoj sposobnosti uglavnom vode sami stariji ljudi i najuža obitelj s kojom žive te su u kontaktu s nadležnim obiteljskim liječnikom. Prelazak na potrebu neke drugačije skrbi i pomoći zdravstvenih i socijalnih službi većinom se pojavljuju kad je već potrebna povremena ili stalna skrb, a koju sama starija osoba ili njezina obitelj, prijatelji i susjedi nisu u mogućnosti osigurati.

Osnovne oblike skrbi za starije osobe dijelimo na izvaninstitucijske i institucijske koji se nerijetko potpomažu ili zajednički surađuju (17).

1.3.1. Izvaninstitucijska skrb za starije osobe

Pod pojmom izvaninstitucijske skrbi podrazumijeva se pružanje usluga pomoći u kući i to u korisnikovom domu, usluge smještaja u obiteljski dom, organizirani smještaj i udomiteljska obitelj. Takva skrb se omogućuje svakoj osobi koja je prema procjeni „Centra za socijalnu skrb“ potrebna pomoći druge osobe, a da joj to ne može pružiti bračni drug, roditelj/skrbnik ili djeca i da osoba nema potpisan „ugovor o doživotnom

ili dosmrtnom uzdržavanju“ te s obzirom na prihod članova obitelji ili samaca sukladno zakonskim propisima (5).

Kada starija osoba ostvari pravo na uslugu pomoći u kući to znači da ima pravo na (5):

- pomoć kod osobne higijene – oblačenje, svlačenje, kupanje...,
- pomoć kod kućanskih poslova – spremanje kuće/stana, pomoć kod pranja rublja, dostave lijekova, donošenje ogrijeva, vode i dr.,
- pomoć pri nabavi osnovnih prehrambenih stvari – nabava namirnica ili gotovog jela, pomoć u pripremi obroka, pranje posuđa i dr.,
- pomoć kod zadovoljavanja ostalih svakodnevnih potreba.

Ovakve usluge pomoći u vlastitom domu većinom osiguravaju: „centar za pomoć u kući, centar za pružanje usluga u zajednici, vjerska zajednica, udruga, dom socijalne skrbi, druga pravna osoba i obrtnici te fizička osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi“ u skladu s propisanim zakonom (5).

1.3.2. Institucijska skrb

Institucijska skrb se odnosi na ustanove trajnog stambenog smještaja starijih osoba izvan njihove vlastite kuće kao što su domovi za osobe starije životne dobi, te odrasle osobe sa tjelesnim ili mentalnim oštećenjima, dok primjerice ustanove za kraći ili privremeni smještaj predstavljaju bolnički odjeli. Institucijska skrb brine o starijim osobama i čini uslugu dugotrajnog smještaja, a odnosi se na pružanje pomoći ili obavljanje u cijelosti zdravstvene njege odnosno sveukupna briga za zdravlje, održavanje i procijene funkcionalne sposobnosti, usluga prehrane, nabave odjeće i obuće, pružanje raznih radnih aktivnosti i druženja, psihosocijalne podrške te organizacijom slobodnog vremena korisnika i drugih pogodnosti koje dom pruža i ima (5).

Različiti stručnjaci pružaju određenu skrb osobama starije životne dobi, ali zajednički je cilj svima što kvalitetniji i dostojanstveniji život starijih ljudi. Važno je znati kako se odnositi prema starijim osobama, a osobito je bitno pružiti psihološku potporu osobama starije životne dobi.

Svaka promjena u životu donosi sa sobom neku neizvjesnost, ponekad težinu ili neugodnost. Posebnu pozornost trebamo obratiti kada su u pitanju promjene mjesta stanovanja i to na poseban način može biti teško osobama starije životne dobi. Često su takve promjene popraćene socijalnom izolacijom, poteškoćom prilagodbe i osjećajem nametnutosti (10, 18).

Najčešće starije osobe preseljenje doživljavaju kao neki stresor te s obzirom na to možemo nabrojati neke vrste premještanja kod osoba starije životne dobi (18):

- „interinstitucijski premještaj – premještaj starije osobe iz institucije u instituciju (npr. iz jednog doma za starije osobe u drugi ili iz bolnice u dom za starije osobe i sl.),
- intrainstitucijski premještaj – premještaj unutar jedne institucije (premještaj iz stambenog u stacionarni dio doma za starije osobe),
- premještaj iz zajednice u instituciju – kratkotrajno ili dugotrajno bolničko liječenje ili odlazak u instituciju (dom za osobe starije životne dobi),
- premještaj iz institucije u zajednicu (povratak u svoj dom iz doma za starije osobe ili povratak svojoj kući s lječilišta/rehabilitacije),
- premještaj iz jednog mjesta u zajednici u drugo – premještaj iz jednog stana u drugi ili premještaj u sasvim drugo mjesto boravka.“

Od nabrojanih vrsta premještanja kod starijih osoba najradikalniju promjenu čini premještaj iz zajednice u instituciju tj. u dom za osobe starije životne dobi (18).

Skrbeći za starije osobe stručna osoba svojim zalaganjem i radom doprinosi i samom razvoju struke. Rad u multidisciplinarnom gerontološkom timu pomaže u razvijanju i otkrivanju najučinkovitijeg oblika skrbi za stariju osobu uvažavajući očekivanja i prihvatljivost za svaku osobu. Potrebno je razviti suradnju sa starijom osobom, njezinom obitelji ili skrbnicima. Cilj je dakle razviti fleksibilan i prilagodljiv sustav skrbi za osobe starije dobi (13).

Institucijska skrb dugotrajnog smještaja se razlikuje u kvaliteti domova i unutar država kao i među državama. U susjednoj zemlji Austriji imamo tri sektora sustava socijalne skrbi (19):

1. Socijalno osiguranje (osiguranje kod nesreće, zdravstveno i mirovinsko).
2. Socijalna zaštita (npr. kod ratnih žrtava).
3. Socijalna pomoć (mreža za pojedinačne slučajeve).

Starije osobe kojima je nužna dugotrajna skrb imaju pravo na novčanu naknadu u skladu sa državnim „zakonom o dodatku za njegu“ (Bundespflegeld), dok se pokrajine trebaju pobrinuti za smještaj u ustanovama, centrima za dnevnu ili noćnu skrb u kući. Velik broj starijih osoba kojima je nužna skrb kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti kao prioritet odabire da ostanu u trenutnim mjestima boravka te da zdravstvenu skrb preuzimaju članovi obitelji (19-21). Usluge institucionalne skrbi u Austriji pružaju „pokrajine, općine ili država, a mogu to biti i vjerske i druge neprofitne organizacije (Caritas, Crveni križ...), dok su četiri glavna pružatelja dugotrajne skrbi: pokrajine, općine, socijalne organizacije (Sozialhilfeverbände) i socijalni fondovi (Sozialfonds)“ (19).

Za razliku od europskih zemalja u Švedskoj odgovornost o skrbi starijih osoba ne snose djeca nego se financira iz javnih izvora te su visokokvalitetne usluge dostupne svima bez obzira na mogućnost plaćanja. U Švedskoj se skrb za starije osobe odvija na tri razine: „nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj“. Za domove starijih osoba i za usluge u kući su odgovorne općine. Njihova Vlada podupire izvaninstitucijske usluge više od institucijske skrbi, a procjena usluge skrbi koju starija osoba nužno treba provodi se od strane lokalnih vlasti. Način pružanja usluga u Švedskoj je univerzalan iako se individualiziraju prema potrebi i sklonosti starije osobe (1, 19-21).

Procjenjuje se da je na drugom mjestu zemalja Europe pozicionirana Grčka prema brzini starenja stanovništva, što utječe na izrazito povećanje potražnje za dugotrajnom skrbi. U Grčkoj se dugotrajna skrb za starije osobe omogućava preko socijalnog osiguranja (kod potrebe za njegom), pružanjem socijalnih usluga i potpore neformalnoj skrbi putem smanjenja poreza, dok formalnu skrb pruža država, neprofitne i profitne privatne organizacije. Jednu od većih poteškoća u Grčkoj čini to što nemaju jedinstveni statistički podatak za praćenje jedinica za skrb o starijim osobama te neprofitne i profitne jedinice nisu registrirane kod vlasti (19).

U Hrvatskoj se putem obiteljskog liječnika ostvaruje pravo na njegu preko „Ustanova za zdravstvenu njegu u kući“. Međutim nedovoljan broj dolazaka medicinske sestre i nemogućnost ostvarenja na pravo njege u kući često su poticaj obitelji ili starijoj osobi da se odluči na institucijsku skrb dugotrajnog smještaja (1).

„Razvoj sustava skrbi za starije u počecima se usmjerava na institucionalne usluge, odnosno osnivanje domova za starije. Stoga se 1950-ih osniva fond u kojem se

sredstva rabe za izgradnju socijalnih ustanova (Uredba o osnivanju Fonda za socijalne ustanove, NN 76/1951) te se donosi prvi Zakon o socijalnim ustanovama za odrasle osobe (20).“

Zakon o socijalnoj skrbi u Hrvatskoj omogućava pravo na dugotrajni smještaj starijoj osobi kojoj je potrebna intenzivna njega i pomoć kod najosnovnijih životnih potreba odnosno starijoj osobi koja je funkcionalno onesposobljena ili potpuno ovisna o drugoj osobi zbog vidljivih promjena u zdravstvenom stanju (21).

Prema podacima o Strategiji socijalne skrbi za starije osobe u Hrvatskoj udio starijih osoba koje zbog zdravstvenog stanja i funkcionalne nesposobnosti trebaju usluge dugotrajnog smještaja i skrbi nadmašuje postojeće kapacitete. Takav nedostatak smještajnog kapaciteta osobama starije dobi i potrebne usluge dugotrajne skrbi trebao bi voditi prema načelu socijalne pravde te kroz institut njegovatelja ostvariti barem za najpotrebnije skupine (5).

1.3.3. Podjela domova za starije osobe

Pravilnik o mjerama razvrstavanja domova za osobe starije od 65 godina i više ima svoje opće odredbe (članak 1) kojima jasno propisuje „Mjerila za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe i njihovih podružnica prema vrsti, opsegu i kvaliteti usluga koje pružaju pojedinim korisnicima, broju i stručnosti djelatnika, broju, veličini, namjeni i kvaliteti prostorija, uređaja, opreme i slično“ (22).

Isti pravilnik (članak 2) predstavlja i „Klasifikaciju domova za starije i nemoćne osobe koji se razvrstavaju u tri kategorije: prva, druga i treća kategorija o čemu se izdaje rješenje, a odluku donosi Ministarstvo rada i socijalne skrbi na prijedlog stručnog povjerenstva koje imenuje ministar“ (22).

Na kraju 2015. godine prema podacima „Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku“ bilo je 197 ustanova koje su pružale socijalne usluge smještaja pod institucijskim oblikom skrbi u Hrvatskoj (5):

- „državni domovi za starije osobe - 3
- županijski (decentralizirani) domovi za starije osobe - 45
- domovi drugih osnivača - 97 i

- pravne osobe koje pružaju usluge smještaja (bez osnivanja doma) – 52, a osnivači su udruge, vjerske zajednice, druge pravne osobe ili obrtnici (5).“

Ono što je najvažnije osobama starije životne dobi, kao i njihovim obiteljima je da korisnici budu smješteni u adekvatan stambeni/stacionarni smještaj koji će najbolje odgovarati njihovim funkcionalnim sposobnostima te gdje će se uz holistički pristup osigurati dostojanstven život starijoj osobi.

Teško je danas reći koliki je točan broj osoba koje čekaju na smještaj u dom za starije osobe. Prema podacima koji se odnose na smještaj u dom za starije osobe temeljem ugovora (31.12.2015.g.) bilo je 72 054 zahtjeva, dok je broj osoba koje su trenutno bile zainteresirane za smještaj u dom za starije osobe iznosio 25 992 osoba. Razlika u brojevima je vjerojatno zbog toga što jedna osoba predaje zahtjev za smještaj u više domova što se uglavnom odnosi na županijske domove (5).

Dom socijalne pomoći kao „pružatelj usluge smještaja“ može biti „država, vjerska zajednica, druga domaća i strana pravna ili fizička osoba, udruga i trgovačko društvo“. Dok druga pravna osoba, obrtnik, vjerska zajednica, udruga koji su upisani u sudski registar ili drugo nadležno tijelo u skladu sa zakonom mogu biti „pružatelji usluge smještaja bez osnivanja doma“. Takvi pružatelji usluge smještaja se vode pod jednim nazivom kao institucijski smještaj (5, 7, 8).

Također imamo izvaninstitucijski oblik usluge smještaja za starije osobe u (5):

- obiteljskom domu (skrbi se za 5 do najviše 20 starijih osoba),
- organiziranom stanovanju (skrbi se o najviše 8 starijih osoba) i
- udomiteljskoj obitelji (skrbi se za najviše 4 osobe starije životne dobi).

1.4. SUVREMENI MODEL PRUŽANJA ZDRAVSTVENE I SOCIJALNE ZAŠTITE STARIJIM OSOBAMA

Suvremeni model pružanja zdravstvene i socijalne zaštite zdravlja osobama starije životne dobi je nezaobilazni multidisciplinarni gerontološki tim koji u našoj Hrvatskoj već duže vrijeme djeluje, razvija se uz velike napore, mnoga znanstvena istraživanja i dokaze (6).

Konstantan rast stanovništva starije životne dobi, poglavito u dubokoj starosti, potvrđuju gerontološko – javnozdravstvene analize što usmjerava na potrebu mijenjanja strukture korištenja zdravstvene i socijalne zaštite u Republici Hrvatskoj (23).

Djelatnost javnozdravstvene gerontologije datira od 1978. godine u Zavodu za zaštitu zdravlja Grada Zagreba, a od 2002. godine dobiva priznanje imenovanjem „Referentnog centra Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba“ (24).

„Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Zavoda“ 2019. godine proglašena je „Referentnim centrom Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba“ u četvrtom mandatnom razdoblju za „najsloženije poslove i zadaće četiri područja gerontološko – javnozdravstvene djelatnosti“ (24).

Interdisciplinarni pristup u zaštiti zdravlja starijih osoba ima jasan cilj i raspodjelu odgovornosti kao i suradnju različitih stručnjaka koji brinu o zaštiti zdravlja osoba starije životne dobi. Na takav način se povećava ishod zaštite zdravlja starijih osoba. U multidisciplinarnom gerontološkom timu djeluju stručnjaci različitih profila: liječnici obiteljske medicine, medicinske sestre/tehničari, doškolorani u gerontologiji i gerijatriji, fizioterapeuti, socijalni radnici, nutricionisti, gerontonegovatelji, gerontostomatolog, psihogerijatar i drugi (25).

Posebno praćenje i utvrđivanje svakog gerijatrijskog pacijenta zahtjeva bio-psiho-socijalni pristup, a odnosi se na (23):

- fizikalni pregled i uzimanje anamneze ili heteroanamneze,
- zdravstveno stanje osobe i komorbiditet,
- primjenu lijekova,
- ispravnu prehranu, tjelesnu kondiciju,
- funkcionalnu sposobnost osobe,
- psihičku samostalnost, pokretljivost,
- senzorne sposobnosti (sluha, vida i dr.),
- određene socijalne čimbenike – obiteljski odnosi, financijsko stanje, zlostavljanje ili zanemarivanje starije osobe i dr.
- negativna zdravstvena ponašanja – pušenje, alkoholizam, fizička i psihička neaktivnost, zanemarivanje uzimanja lijekova ili liječničkih savjeta i dr.,
- ekološke i higijenske uvjete života,

- duhovne potrebe,
- mogućnost pojave gerijatrijskog sindroma „4 N“, pojavu demencija, depresija i drugo.

Starije osobe često nisu u mogućnosti same rješavati neke probleme i poteškoće te se zbog toga mogu osjećati napuštenima, beskorisnima i bezvrijednima. U nadvladavanju takve vrste boli duhovne potrebe kod osoba starije životne dobi bi trebale biti prepoznate jednako kao i one socijalne, psihološke i biološke (26). Koenig nam sugerira četrnaest takvih potreba kod starijih osoba (26, 27):

- „potrebu za smislom, svrhom i nadom,
- potrebu za transcendiranjem (nadilaženjem) okolnosti,
- potrebu za podrškom u nošenju s gubitkom,
- potrebu za kontinuitetom,
- potrebu za vrednovanjem i podrškom religioznog ponašanja,
- potrebu za uključenjem u religiozna ponašanja,
- potrebu za osobnim dostojanstvom i osjećajem sposobnosti,
- potrebu za bezuvjetnom ljubavlju,
- potrebu za izražavanjem ljutnje i sumnje,
- potrebu za osjećajem da je Bog na njihovoj strani,
- potrebu za ljubavlju i služenju drugima,
- potrebu za zahvalnošću,
- potrebu za davanjem i primanjem praštanja,
- potrebu za pripremom za smrt i umiranje.“

Kako će tko iskazati svoju duhovnost ovisi o povijesti osobe, o njezinoj kulturi i trenutnim namjenama i potrebama. Duhovnost prožima cijelo biće ljudske osobe i vodi ka duhovnom iskustvu. Svakom čovjeku je važno ono što je vidljivo i opipljivo. Isto tako vrijedna čovjekove pažnje su duhovnost i duhovna iskustva koja mu pomažu da pronade smisao u boli i nerazumijevanju, ali i u radosnim trenucima (26).

Na području gerontologije i gerijatrije potrebna je stalna edukacija i reedukacija, a multidisciplinarni gerontološki tim pomaže u izbjegavanju dupliciranja poslova i suradnji stručnjaka raznih profila u brizi za starije osobe (25).

Interdisciplinarnim pristupom se na poseban način želi prevenirati pet glavnih gerontološko - javnozdravstvenih problema ili tzv. „5 N“ u gerijatriji (8, 25):

1. nepokretnost,
2. nestabilnost,
3. nesamostalnost,
4. nekontrolirano mokrenje i
5. negativan ishod liječenja s polipragmazijom.

Na zdravlje i samu kvalitetu života osoba starije dobi bitno utječu mnogi psihološki, biološki, socijalni i ekološki čimbenici te je interdisciplinarni gerontološki pristup multidisciplinarnog tima osobito važan, naročito u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi (7, 25).

2. CILJ RADA

Glavni cilj je utvrditi koji su prioritetni razlozi smještaja u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe.

Specifični ciljevi su utvrditi koji su prioritetni razlozi ispitanika za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe u odnosu na:

- spol
- dobnu skupinu
- funkcionalnu samostalnost
- procijenjeni stupanj socijalne usluge smještaja koji im je potreban
- vremensko razdoblje čekanja za smještaj u dom za starije osobe
- tip kućanstva u kojem starija osoba živi
- bračni status
- status roditeljstva
- obrazovni stupanj
- raspoložive/imenovane Pružatelje pomoći kod aktivnosti svakodnevnog života starijoj osobi (ukoliko su potrebni)
- kategoriju pokretnosti starije osobe.

Hipoteze koje su se ispitivale u radu su:

H1: Bolest je najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe.

H2: Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe je različit u odnosu na spol.

H3: Razlikuje se najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe prema dobnoj skupini.

H4: Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe je različit u odnosu na kategoriju funkcionalne samostalnosti.

H5: Drukčiji su najčešći razlozi smještaja u dom za starije osobe u odnosu na procijenjeni stupanj socijalne usluge smještaja koji trebaju starije osobe.

H6: Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje prema vremenskom razdoblju njihovog čekanja za smještaj u dom za starije osobe.

H7: Značajno se razlikuje najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe u odnosu na tip kućanstva u kojem starija osoba živi.

H8: Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje u odnosu na bračni status starije osobe.

H9: Razlikuje se najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe s obzirom na status roditeljstva starije osobe.

H10: Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje u odnosu na obrazovni stupanj starije osobe.

H11: Drukčiji su najčešći razlozi smještaja u dom za starije osobe u odnosu na raspoložive/imenovane Pružatelje pomoći za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života starijoj osobi (ukoliko su potrebni).

H12: Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje u odnosu na kategoriju pokretnosti starije osobe.

3. IZVORI PODATAKA I METODE

3.1. UZORAK ISPITANIKA

U studenome 2021. godine počelo se s empirijskim dijelom rada u „Doma za starije i nemoćne osobe – Vukovarska“ u Splitu. S obzirom na listu čekanja za smještaj u predmetni „Dom za starije osobe u Splitu“ telefonskim anketiranjem se provodilo istraživanje uz obaveznu anonimnost osoba. Kao uzorak uključena je svako druga osoba i ponuđeno je sudjelovanje u istraživanju, a uključene su bile osobe starije životne dobi.

3.2. METODE ISTRAŽIVANJA

Ovim istraživanjem se želi utvrditi značaj pružanja zdravstvenih usluga u domovima za starije osobe, odnosno u institucijskim ustanovama socijalne skrbi. Slijedom toga, ispitana je povezanost odabranih gerontološko - javnozdravstvenih pokazatelja poput dobi, spola, funkcionalne samostalnosti i drugih s prioritetnim razlozima smještaja u dugotrajnu institucijsku skrb doma za osobe starije životne dobi. Za potrebe istraživanja korišten je Indeks po Barthelovoj skali modificiran prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. prema kojoj su ispitanici svrstavani u pet kategorija: a) 100 potpuna samostalnost, b) 91-99 mala ovisnost, c) 61-90 umjerena ovisnost, d) 21-60 teška ovisnost, e) 0-20 potpuna ovisnost o tuđoj pomoći. Ispitanici su starije osobe koje su na listi čekanja za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb. Sami su procjenjivali i određivali prioritete razloga za smještaj u dom za starije dodjeljujući im određene rangove.

Glavna sestra „Doma za starije i nemoćne osobe Split“ – dislocirani objekt Vukovarska kontaktirala je s osobama koje su na listi čekanja spomenutog doma i informirala ih o našem istraživanju (ispoštivajući GDPR – „*General Data Protection Regulation*“). Ispitivači su ukratko objasnili sadržaj, svrhu i cilj istraživanja. Nakon što su upitane osobe usmeno pristale, provodio se intervju koji je u prosjeku trajao dvadeset minuta, a sastojao se od pitanja koja su priložena u upitnicima. Anketiranje se obavljalo telefonski. Anonimnost je bila osigurana kao i mogućnost odustajanja od anketiranja u bilo kojem trenutku. U anketiranje nisu bile uključene osobe koje imaju ozbiljnije

zdravstvene probleme (npr. razni oblici demencije, četvrti stupanj socijalnih usluga, akutne bolesti ili visoka temperatura). Tijekom telefonskog anketiranja deset (10) osoba nije htjelo sudjelovati u istraživanju.

Dobiveni podatci služiti će se samo u već navedene svrhe. Ispitanici su označeni šiframa kako ne bi bilo moguće povezati podatke s identitetom naših ispitanika. O čuvanju povjerljivosti podataka obvezali su se svi članovi istraživačkog tima.

II. dio projekta (dalje u tekstu se tako označava) odvijao se u okviru projekta: „Samoprocijenjene potrebe starijih osoba za uslugama gerontoloških centara (izvaninstitucijske skrbi) u Splitu“ (SOZS-IP-2020-5).

U imenovanom projektu je provedeno analitičko presječno istraživanje, a nositelj projekta je „Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu“ zajedno sa „Referentnim centrom Ministarstva zdravstva za zaštitu zdravlja starijih osoba“ – tj. „Službom za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ u Zagrebu“ i već navedenog „Doma za starije i nemoćne osobe u Splitu“ – dislocirani objekt Vukovarska.

Nezavisne ili ulazne varijable u istraživanju (II. dio projekta) čine:

- spol ispitanika,
- dob ispitanika,
- razina funkcionalne sposobnosti ispitanika (MBI) (28),
- procijenjeni stupanj usluga smještaja ispitanika (1-3),
- duljina čekanja za smještaj u dom za starije osobe,
- odabir razloga smještaja u dom za starije osobe (procjena važnosti od 1-3),
- stupanj naobrazbe,
- kućanstvo u kojem ispitanik trenutno živi,
- roditeljstvo,
- stupanj pokretljivosti/kategorije (7),
- ženidbeni status,
- pružena pomoć kod ADL-a ako je potrebna.

Zavisne ili izlazne varijable su povezanost odabira prioriternih razloga za smještaj u dom za starije osobe s prethodno navedenim ulaznim varijablama.

Ovo istraživanje se odvijalo pomoću anketnog upitnika sastavljenog od tri dijela:

1. Upitnik o socio-demografskom statusu,
2. Upitnik za samoprocijenu starijih osoba o prioriternim razlozima smještaja u dom za starije modificiran prema tekstu Ministarstva rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike Republike Hrvatske (MROSP) (29),
3. Indeks po Barthelovoj skali modificiran prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. (MBI) (30).

3.3. ANALIZA PODATAKA

Opće karakteristike ispitanika prezentirane su grafički u apsolutnim i relativnim frekvencijama. U drugom dijelu rada testiraju se postavljene hipoteze rada. Razina signifikantnosti iznosi 5%. Povezanost između razine razloga smještaja u dom za starije osobe i razloga smještaja ispitivana je Hi kvadrat testom. Ukoliko struktura podataka ne zadovoljava uvjete za provedbu Hi kvadrat testa koristi se Z test proporcije dva nezavisna skupa kojima se uspoređuju dvije promatrane proporcije. Analiza podataka je provedena u statističkom softveru Statistica.

3.4. ETIČKA PITANJA

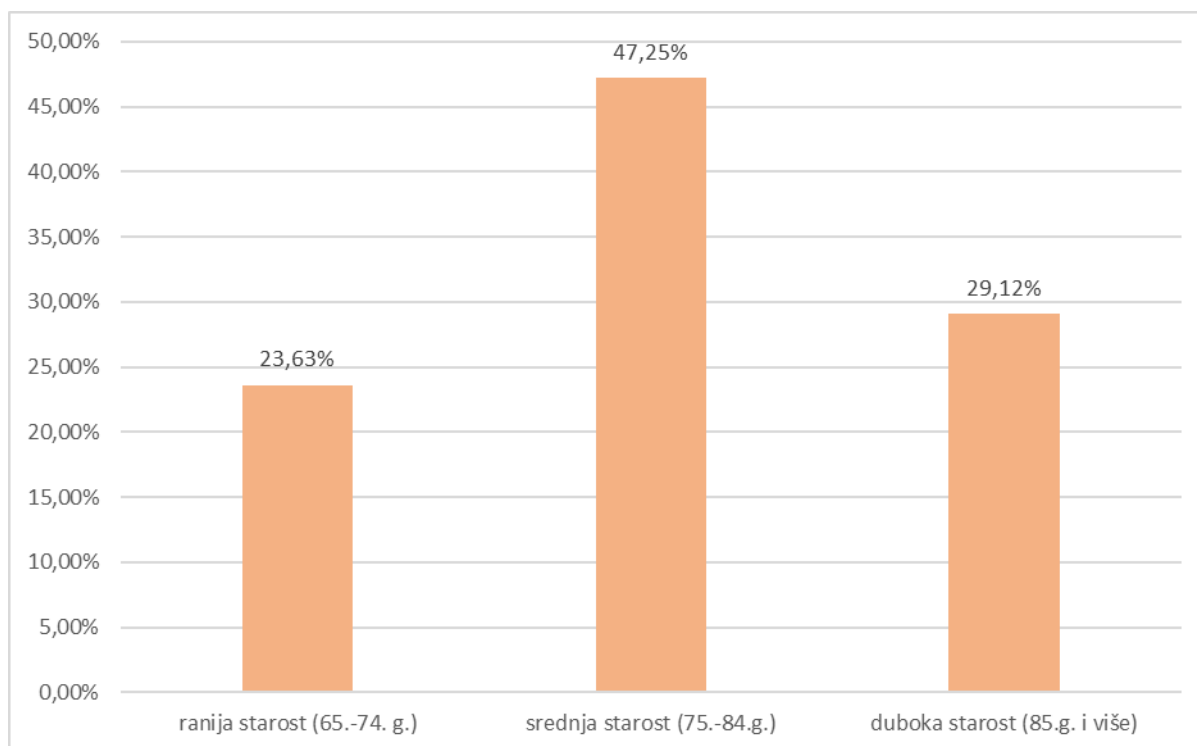
Ishodeno je pozitivno mišljenje Etičkog povjerenstva/odbora „Sveučilišnog odjela zdravstvenih studija Sveučilišta u Splitu“ u vezi II. dijela projekta i istraživanja (KLASA:001-01/20-01/0004, UR.BROJ:2181-228-07-20-0004, 24.06.2020) uz suglasnost ravnatelja „Doma za starije i nemoćne osobe Split“ (100-00/21-01/81, 2181-531-01-04-21-1, 17.09.2021).

4. REZULTATI

U ovom dijelu rada se prikazuju rezultati istraživanja II. dijela projekta (SOZS-IP-2020-5). Najprije se prezentiraju opće socio-demografske karakteristike ispitanika, potom duljina čekanja na listi za smještaj osobe starije životne dobi u dom, zatim pokretnost ispitanika te pružatelji pomoći za izvršavanje svakodnevnih aktivnosti života ispitanika te poslije toga ispitivanje postavljenih hipoteza.

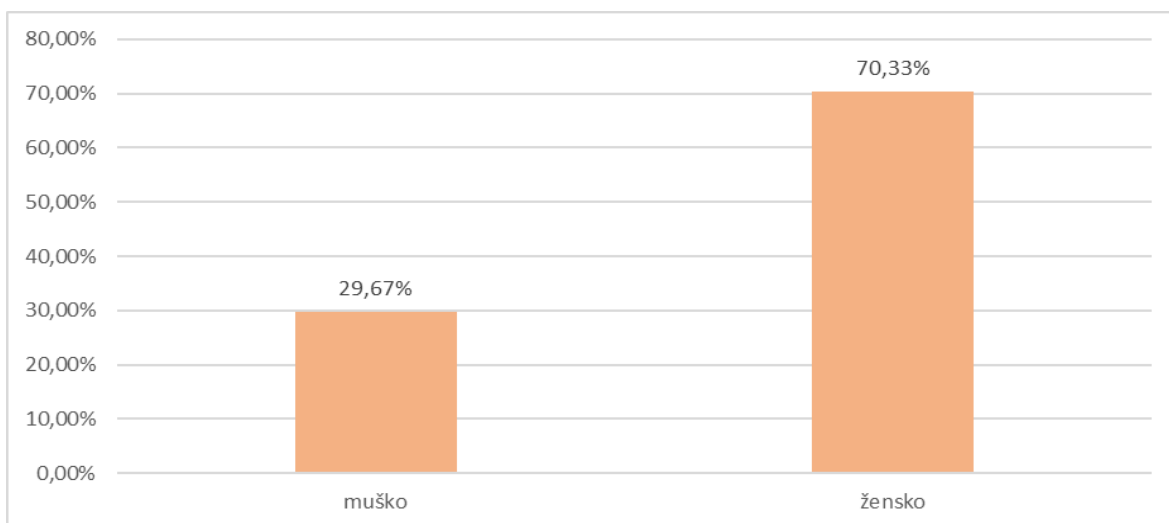
4.1. OPĆE SOCIODEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE ISPITANIKA

U istraživanju su sudjelovala 182 ispitanika. Najveći broj ispitanika je srednje starosti (75 do 84 godine) 86 ispitanika (47,25%). Ispitanika duboke starosti (85 godina i više) je 53 (29,12%), a ispitanika ranije starosti (65 do 74 godine) 43 osobe (23,63%). Na slici 1 imamo prikazanu strukturu ispitanika prema dobnoj skupini.



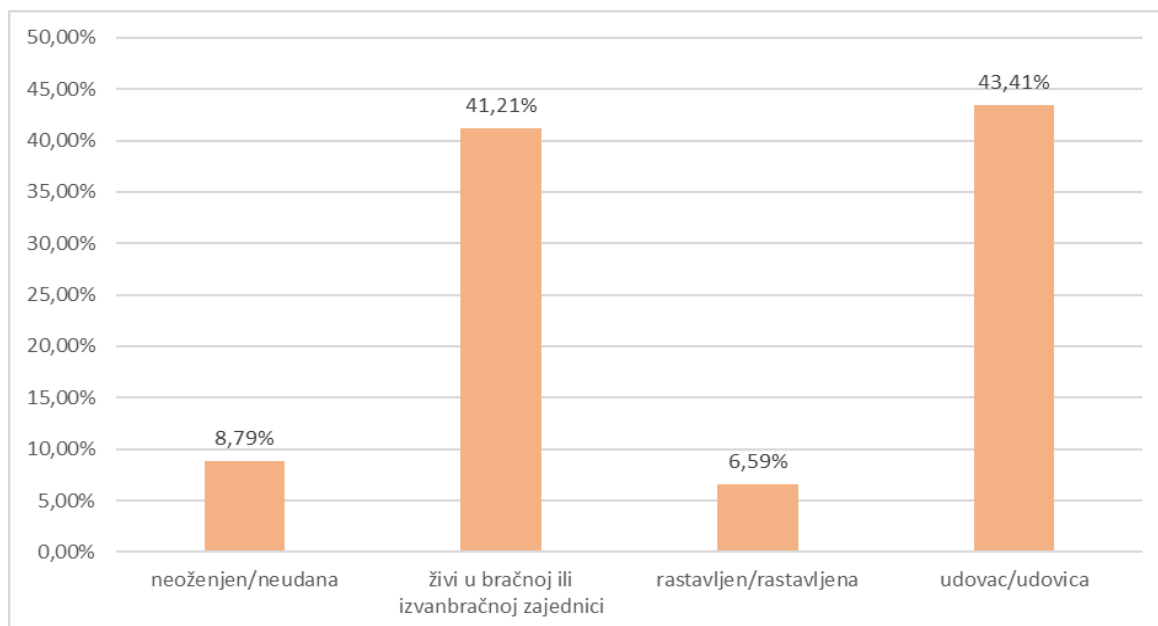
Slika 1. Struktura ispitanika prema dobnoj skupini

U ispitivanju je sudjelovalo 54 muškaraca (29,67%) i 128 žena (70,33%). Na slici 2 vidi se prikazana struktura ispitanika prema spolu.



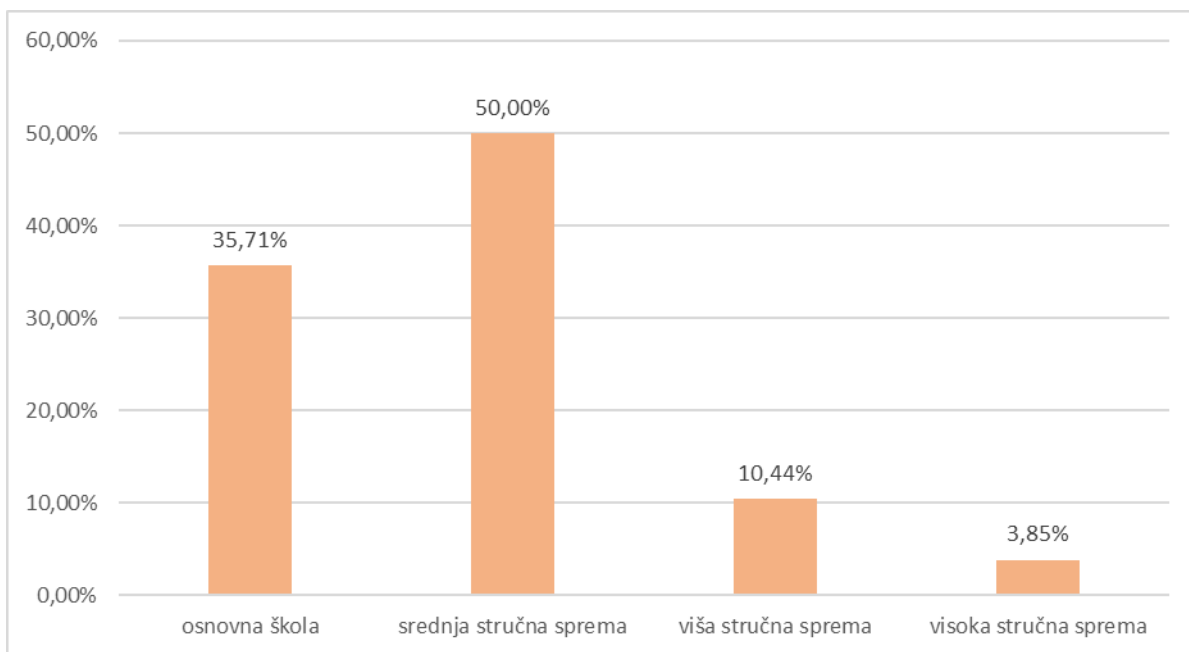
Slika 2. Struktura ispitanika prema spolu

Najveći broj ispitanika je udovac/udovica 79 (43,41%), zatim oni koji žive u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici 75 (41,21%), nakon njih neoženjeni/neudani 16 (8,79%) te rastavljeni 12 (6,59%). Na slici 3 prikazana je struktura starijih osoba glede bračnog statusa.



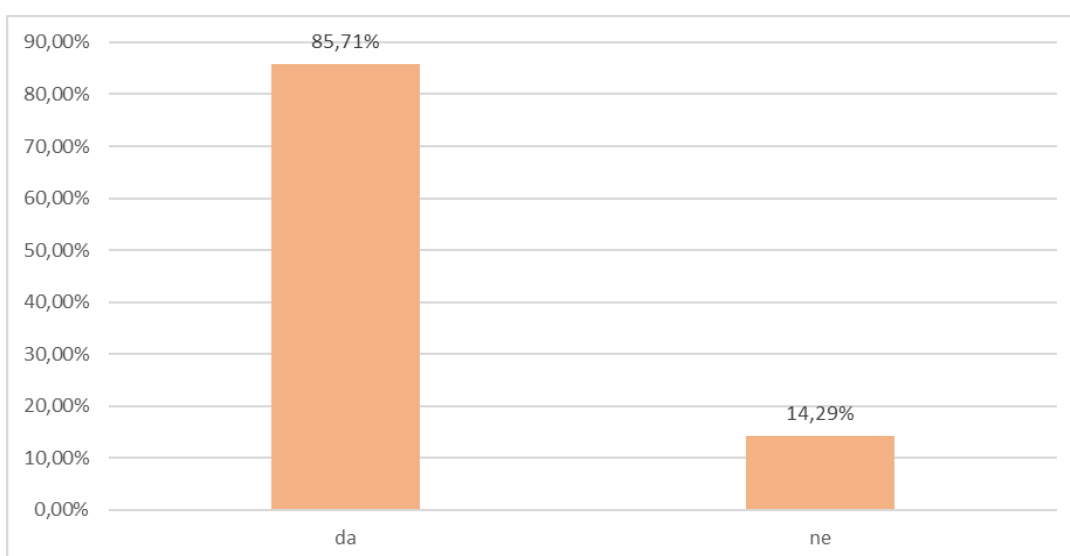
Slika 3. Struktura ispitanika glede bračnog statusa

Srednju stručnu spremu ima najveći broj ispitanika tj. 91 (50%), slijede oni sa osnovnom školom 65 (35,71%), viša stručna sprema 19 (10,44%) i visoka stručna sprema 7 osoba (3,85%). Na slici 4 vidi se prikazana struktura ispitanika glede stupanja obrazovanja.



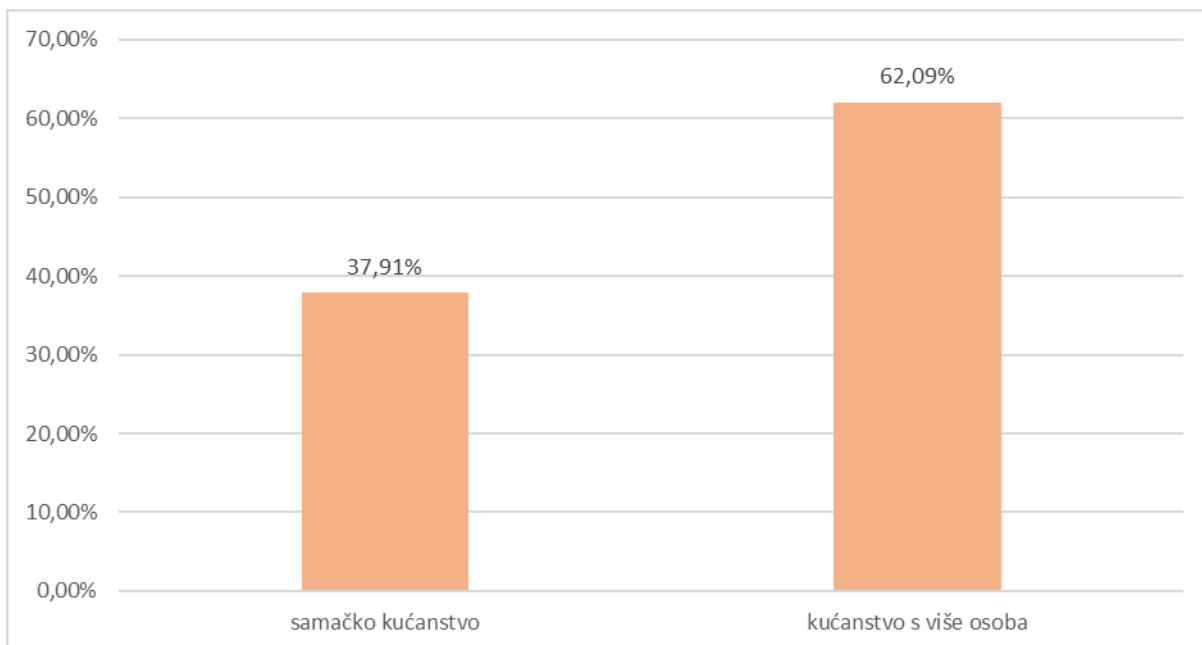
Slika 4. Struktura ispitanika s obzirom na stupanj obrazovanja

Najveći broj ispitanika tj. njih 156 (85,71%) su roditelji, a 26 ispitanika (14,29%) to nisu. Na slici 5 je prikazana struktura ispitanika glede roditeljstva.



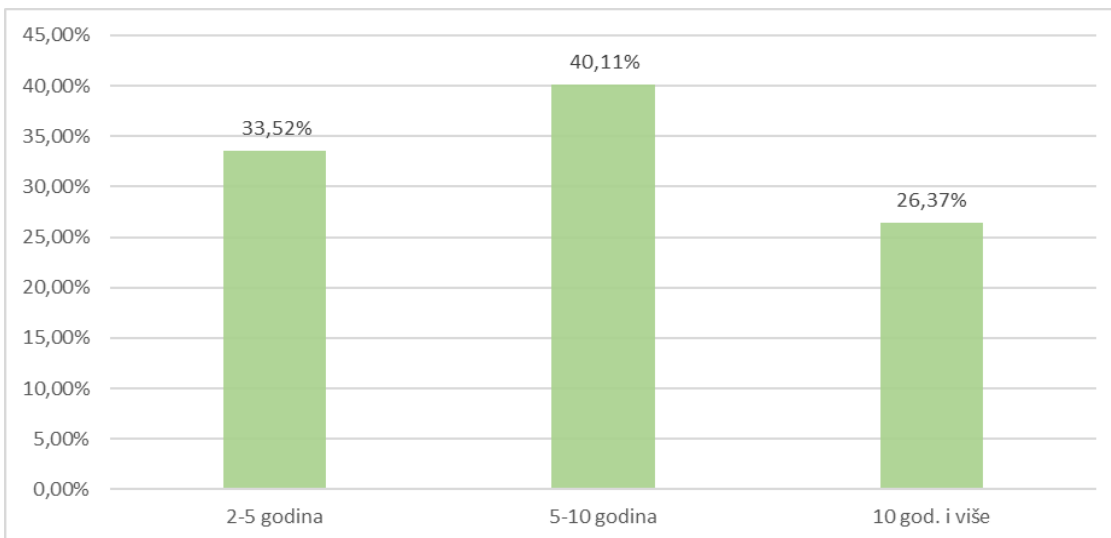
Slika 5. Struktura ispitanika glede roditeljstva

U istraživanju se pokazalo da 113 (62,09%) starijih osoba živi u kućanstvu s više osoba, a ispitanika koji žive u samačkim kućanstvima 69 osoba (37,91%). Na slici 6 vidi se prikazana struktura ispitanika prema tipu kućanstva.



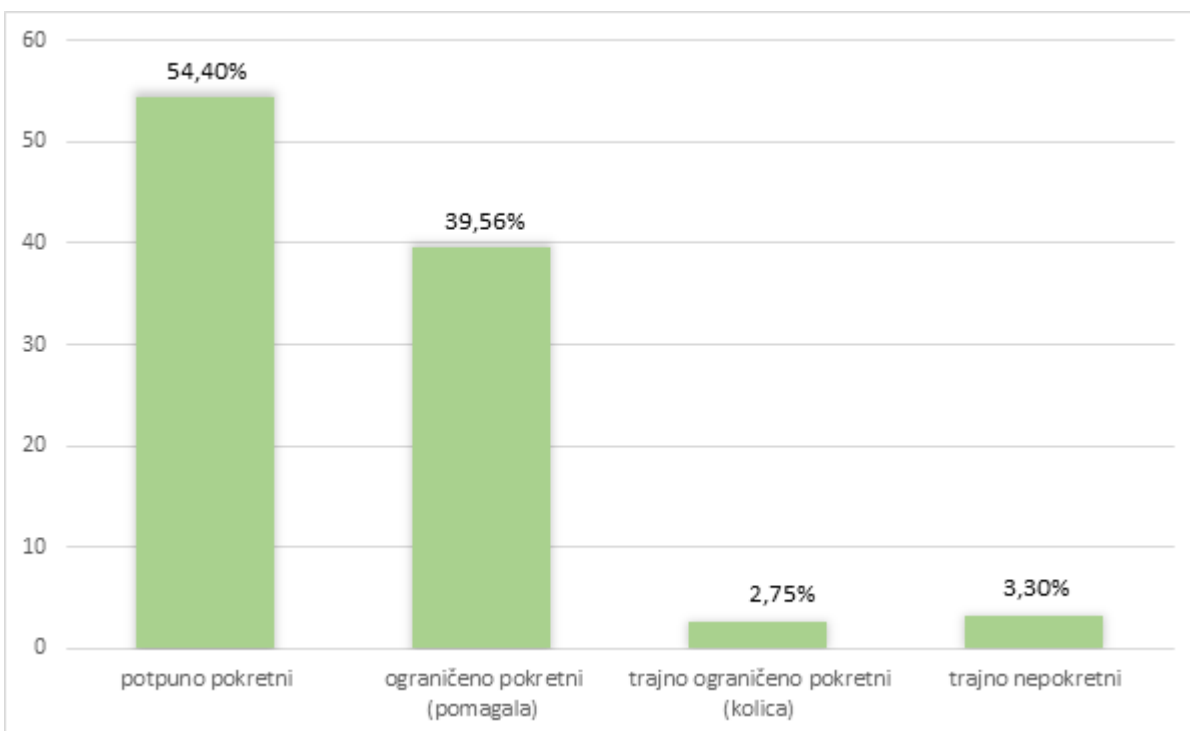
Slika 6. Struktura ispitanika glede tipa kućanstva

Ispitanici koji na listi za smještaj u dom za starije osobe čekaju 5-10 godina je 73 osobe (40,11%), ispitanika koji čekaju 10 godina i više 48 osoba (26,37%), a 61 osoba (33,52%) čeka na dom 2-5 godina. Ispitanika koji čekaju manje od dvije godine na smještaj u dom nema. Na slici 7 je prikazana struktura ispitanika s obzirom na duljinu čekanja.



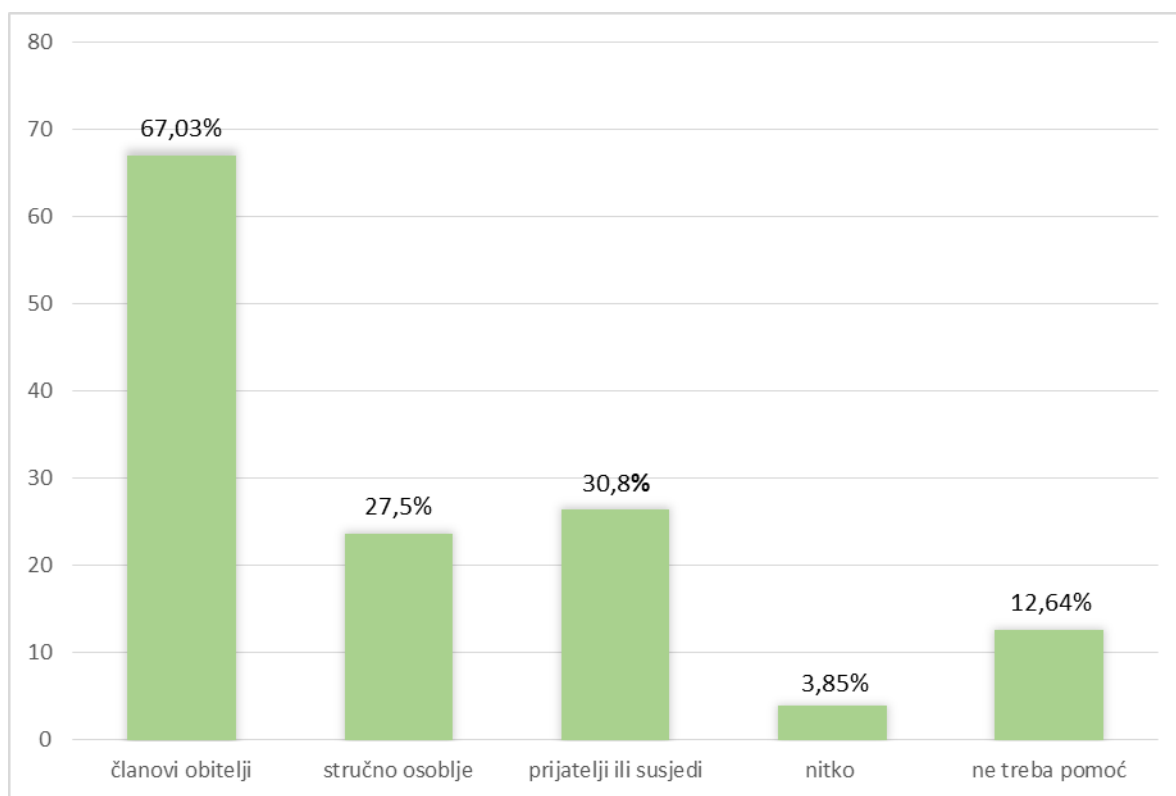
Slika 7. Struktura ispitanika glede duljine čekanja za smještaj u dom

Više od polovice ispitanika (54,40%) su potpuno pokretni (99 ispitanika). Ispitanika koji su ograničeno pokretni u invalidskim kolicima i koji su u uzorku najmanje zastupljeni je pet (5) ispitanika (2,75%). Ograničeno pokretnih (koriste hodalicu, štap...) je 72 ispitanika (39,56%) i trajno nepokretnih 6 (3,30%). Na slici 8 je prikazana struktura ispitanika glede pokretnosti.



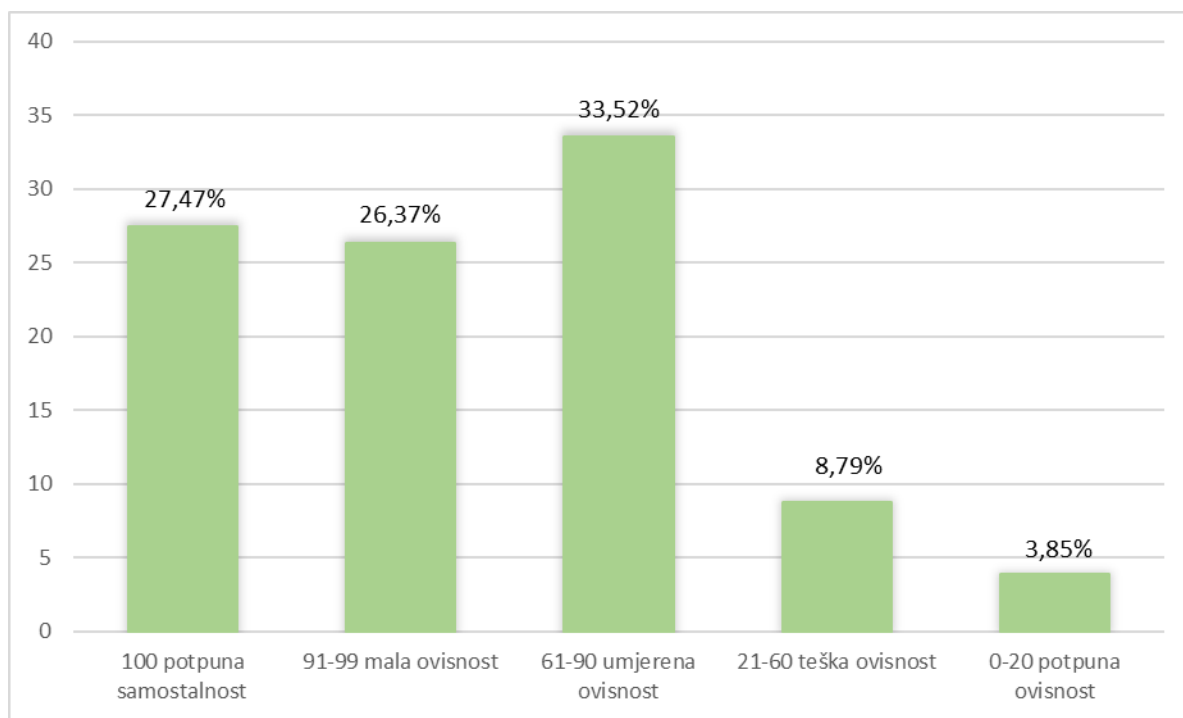
Slika 8. Struktura ispitanika glede pokretnosti osoba

Veći broj ispitanika treba pomoć nekoga za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti. Najvećem broju ispitanika pomoć pružaju članovi obitelji 122 (67,03%), dok 56 ispitanika (30,8%) pomažu najbliži prijatelji ili susjedi, 50 ispitanika pomaže (27,5%) stručno osoblje. Sedam ispitanika (3,85%) treba tuđu pomoć, ali im nema nikoga za pomoći, dok su 23 ispitanika (12,64%) iskazala da ne trebaju tuđu pomoć. Na slici 9 je prikazana struktura ispitanika glede pružatelja pomoći za obavljanje svakodnevnih aktivnosti života.



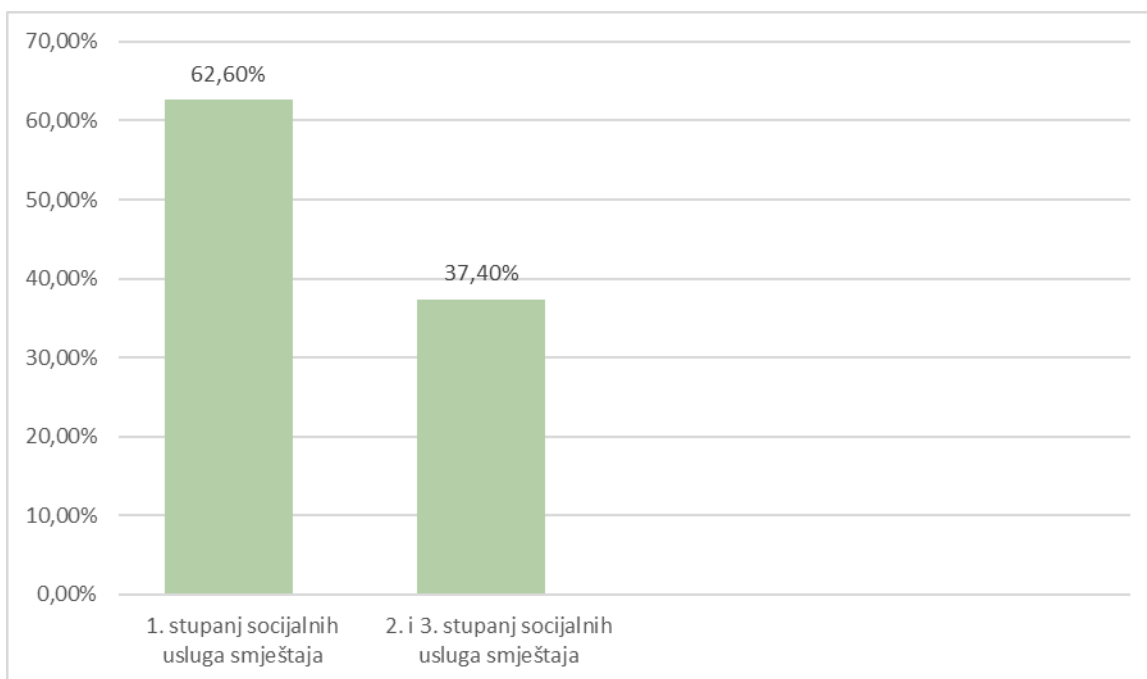
Slika 9. Struktura ispitanika glede pružatelja pomoći

Prema Indeksu po Barthelovoj skali modificiranom prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. (MBI) (30) vidljivo je da je 61 ispitanik (33,52%) umjereno ovisan. 50 ispitanika (27,47%) je potpuno samostalno, 48 ispitanika (26,37%) je malo ovisno, 16 ispitanika (8,79%) je teško ovisno i 7 ispitanika (3,85%) je potpuno ovisno o tuđoj pomoći. Na slici 10 je prikazana MBI kategorija ispitanika.



Slika 10. MBI kategorija (Protokol za evaluaciju stupnja funkcionalne samostalnost)

Na slici 11 vidimo da je 62,60% ispitanika razvrstano u 1. stupanj socijalnih usluga smještaja, a 37,40% ispitanika je razvrstano u 2. i 3. stupanj. Ovo su podaci sa liste čekanja „Doma za starije i nemoćne osobe u Splitu,” Vukovarska.



Slika 11. Stupanj socijalnih usluga smještaja

4.2. ISPITIVANJE HIPOTEZA

Ispitanici su rang vrijednostima: 1 (visoka razina razloga ili 1. odabir), 2 (umjerena razina razloga ili 2. odabir) i 3 (niska razina razloga ili 3. odabir) iskazivali koji su im razlozi za smještaj u dom za starije osobe.

H1. Bolest je najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe

Tablica 1. Rangiranje samoprocijenjenih razloga (n, %) starijih osoba za smještaj u dom za starije osobe

Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
Razlog nije odabran (0)	33 (18,13)	65 (35,71)	116 (63,74)	129 (70,88)	87 (47,80)	160 (87,91)
niska razina razloga (3 odabir)	51 (28,02)	37 (20,33)	15 (8,24)	18 (9,89)	26 (14,29)	0 (0,00)
umjerena razina razloga (2 odabir)	48 (26,37)	62 (34,07)	21 (11,54)	16 (8,79)	20 (10,99)	6 (3,30)
visoka razina razloga (1 odabir)	50 (27,47)	18 (9,89)	30 (16,48)	19 (10,44)	49 (26,92)	16 (8,79)
χ^2	73,93	14,86	13,74	31,74	0,35	104,64
p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,553	<0,001
$\chi^2 = 26,26; P < 0,001$						

Nakon provedenog istraživanja je utvrđeno da statistički značajna većina čeka smještaj u dom za starije osobe iz razloga bolesti ($P < 0,001$) i potrebe za zdravstvenom njegom ($P < 0,001$), dok kod većine ispitanika najčešće nije razlog nemogućnost

obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti ($P < 0,001$), osamljenost ($P < 0,001$) i ostali razlozi ($P < 0,001$). Postoci i odgovori su vidljivi u tablici 1.

Ispitivanjem je utvrđena povezanost između razine razloga smještaja u dom za starije osobe i razloga smještaja ($\chi^2 = 26,26$; $P < 0,001$) s najčešćim razlogom bolesti, te se hipoteza prihvaća kao istinita.

H2. Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe je različit u odnosu na spol.

Tablica 2. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) smještaja u dom za starije osobe u odnosu na spol

Spol	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drug i razlozi
Muški	Razlog nije odabran	9 (6,67)	19 (35,19)	30 (55,56)	35 (64,81)	27(50,00)	52 (96,30)
	niska razina razloga	14 (25,93)	11 (20,37)	9 (16,67)	7 (12,96)	6 (11,11)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	11 (20,37)	20 (37,04)	6 (11,11)	6 (11,11)	8 (14,81)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	20 (37,04)	4 (7,41)	9 (16,67)	6 (11,11)	13 (24,07)	2 (3,70)
Ženski	Razlog nije odabran	24 (18,75)	46 (35,94)	86 (67,19)	94 (73,44)	60 (46,88)	108 (84,38)
	niska razina razloga	37 (28,91)	26 (20,31)	6 (4,69)	11 (8,59)	20 (15,63)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	37 (28,91)	42 (32,81)	15 (11,72)	10 (7,81)	12 (9,38)	6 (4,69)
	visoka razina razloga	30 (23,44)	14 (10,94)	21 (16,41)	13 (10,16)	36 (28,13)	14 (10,94)
χ^2		3,82	0,684	7,43	1,635	1,87	
P*		0,282	0,877	0,059	0,652	0,599	0,024**

*Z test razlika u proporcijama 2 nezavisna skupa

Kod pripadnika oba spola najčešći razlog smještaja u dom za starije je bolest, zatim potreba za zdravstvenom njegom te da obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb. Ispitivanjem prisutnosti razlika u odabiru svakog od ponuđenih razloga s obzirom na spol nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($P > 0,050$). Iz

podataka se vidi da žene učestalije imaju ostale razloge za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na muškarce (P=0,024). Svi odgovori su prikazani u tablici 2.

H3. Razlikuje se najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe prema dobnoj skupini.

Tablica 3. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) smještaja u dom za starije osobe u odnosu na dobnu skupinu.

Dobna skupina	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
Ranija starost	Razlog nije odabran	9 (16,98)	22 (41,51)	35 (66,04)	39 (73,58)	20 (37,74)	44 (83,02)
	niska razina razloga	19 (35,85)	12 (22,64)	4 (7,55)	2 (3,77)	9 (16,98)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	13 (24,53)	15 (28,30)	8 (15,09)	5 (9,43)	7 (13,21)	2 (3,77)
	visoka razina razloga	12 (22,64)	4 (7,55)	6 (11,32)	7 (13,21)	17 (32,08)	7 (13,21)
Srednja starost	Razlog nije odabran	18 (20,93)	35 (40,70)	49 (56,98)	54 (62,79)	52 (60,47)	74 (86,05)
	niska razina razloga	23 (26,74)	12 (13,95)	11 (12,79)	10 (11,63)	11 (12,79)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	18 (20,93)	32 (37,21)	11 (12,79)	10 (11,63)	7 (8,14)	3 (3,49)
	visoka razina razloga	27 (31,40)	7 (8,14)	15 (17,44)	12 (13,95)	16 (18,60)	9 (10,47)
Duboka starost	Razlog nije odabran	6 (13,95)	8 (18,60)	32 (74,42)	36 (83,72)	15 (34,88)	42 (97,67)
	niska razina razloga	9 (20,93)	13 (30,23)	0 (0,00)	6 (13,95)	6 (13,95)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	17 (39,53)	15 (34,88)	2 (4,65)	1 (2,33)	6 (13,95)	1 (2,33)
	visoka razina razloga	11 (25,58)	7 (16,28)	9 (20,93)	0 (0,00)	16 (37,21)	0 (0,00)
χ^2		7,65	11,66	11,05	13,59	11,56	
P		0,265	0,070	0,087	0,035	0,073	0,020**

*Z test razlika u proporcijama skupa sa najvećom i najmanjom učestalošću drugih razloga

Osamljenost kao razlog odlaska u dom za starije je najzastupljeniji među ispitanicima srednje starosti koji je odabran kod 37,21%, dok je to najrjeđi razlog među

ispitanicima duboke starosti (16,28%). Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($P=0,035$). Drugi razlozi odlaska u dom za starije su učestalije prisutni kod mlađih u odnosu na starije osobe. Svi podaci vidljivi su u tablici 3.

H4. Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se razlikuje u odnosu na kategoriju funkcionalne samostalnosti.

Tablica 4. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) smještaja u dom za starije osobe se razlikuju u odnosu na kategoriju MBI.

Funkcionalna sposobnost	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
A	Razlog nije odabran	12 (24,00)	22 (44,00)	35 (70,00)	32 (64,00)	30 (60,00)	37 (74,00)
	niska razina razloga	15 (30,00)	7 (14,00)	4 (8,00)	7 (14,00)	5 (10,00)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	11 (22,00)	18 (36,00)	5 (10,00)	3 (6,00)	5 (10,00)	2 (4,00)
	visoka razina razloga	12 (24,00)	3 (6,00)	6 (12,00)	8 (16,00)	10 (20,00)	11 (22,00)
B	Razlog nije odabran	6 (12,50)	18 (37,50)	28 (58,33)	31 (64,58)	22 (45,83)	45 (93,75)
	niska razina razloga	15 (31,25)	11 (22,92)	2 (4,17)	5 (10,42)	10 (20,83)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	12 (25,00)	14 (29,17)	9 (18,75)	6 (12,50)	5 (10,42)	1 (2,08)
	visoka razina razloga	15 (31,25)	5 (10,42)	9 (18,75)	6 (12,50)	11 (22,92)	2 (4,17)
C	Razlog nije odabran	12 (19,35)	20 (32,79)	33 (53,23)	47 (66,20)	25 (40,98)	57 (78,08)
	niska razina razloga	15 (24,19)	14 (22,95)	8 (12,90)	4 (5,63)	10 (16,39)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	15 (24,19)	21 (34,43)	7 (11,29)	6 (8,45)	8 (13,11)	3 (4,11)
	visoka razina razloga	20 (32,26)	6 (9,84)	14 (22,58)	14 (19,72)	18 (29,51)	13 (17,81)
D	Razlog nije odabran	3 (18,75)	3 (18,75)	13 (81,25)	12 (70,599)	5 (29,41)	14 (87,50)
	niska razina razloga	6 (37,50)	5 (31,25)	1 (6,25)	2 (11,76)	0 (0,00)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	6 (37,50)	7 (43,75)	0 (0,00)	1 (5,88)	3 (17,65)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	1 (6,25)	1 (6,25)	2 (12,50)	2 (11,76)	9 (52,94)	2 (12,50)
E	Razlog nije odabran	0 (0,00)	2 (12,50)	7 (43,75)	7 (43,75)	5 (29,41)	7 (43,75)
	niska razina razloga	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,88)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	4 (25,00)	2 (12,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	3 (18,75)	3 (18,75)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (5,88)	0 (0,00)
χ^2		5,02	4,37		6,34	7,11	
P		0,541	0,627	0,005 / 0,035	0,386	0,310	0,071**

* χ^2 kvadrat izračun na 3 kategorije (kategorija 1=a, b; kategorija 2= c; kategorija 3=d, e)

Ispitanici statistički značajno koji imaju umjerenu ($P=0,005$) i nisku razinu ($P=0,035$) na MBI kao razlog odlaska u dom za starije, češće odabiru razlog nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti u odnosu na ispitanike koji imaju visoke vrijednosti na MBI skali.

Razlika u učestalosti odabira ostalih razloga s obzirom na MBI kategoriju nije utvrđena ($P>0,050$). Odgovori i postoci su vidljivi u tablici 4.

H5. Drukčiji su najčešći razlozi smještaja u dom za starije osobe u odnosu na procijenjeni stupanj socijalne usluge smještaja koji trebaju ispitanici.

Tablica 5. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) smještaja u dom za starije osobe se razlikuju u odnosu na procijenjeni stupanj socijalne usluge smještaja koji trebaju ispitanici

Procijenjeni stupanj socijalne usluge smještaja	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
I	Razlog nije odabra	20 (17,54)	46 (40,35)	68 (59,65)	75 (65,79)	63 (55,26)	97 (85,09)
	niska razina razloga	34 (29,82)	18 (15,79)	11 (9,65)	13 (11,40)	19 (16,67)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	25 (21,93)	41 (35,96)	16 (14,04)	10 (8,77)	11 (9,65)	3 (2,63)
	visoka razina razloga	35 (30,70)	9 (7,89)	19 (16,67)	16 (14,04)	21 (18,42)	14 (12,28)
II	Razlog nije odabran	9 (19,57)	14 (30,43)	29 (63,04)	36 (78,26)	13 (28,26)	43 (93,48)
	niska razina razloga	11 (23,91)	16 (34,78)	3 (6,52)	4 (8,70)	6 (13,04)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	16 (34,78)	12 (26,09)	4 (8,70)	4 (8,70)	8 (17,39)	2 (4,35)
	visoka razina razloga	10 (21,74)	4 (8,70)	10 (21,74)	2 (4,35)	19 (41,30)	1 (2,17)
III	Razlog nije odabran	4 (18,18)	5 (22,73)	19 (86,36)	18 (81,82)	11 (50,00)	20 (90,91)
	niska razina razloga	6 (27,27)	3 (13,64)	1 (4,55)	1 (4,55)	1 (4,55)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	7 (31,82)	9 (40,91)	1 (4,55)	2 (9,09)	1 (4,55)	1 (4,55)
	visoka razina razloga	5 (22,73)	5 (22,73)	1 (4,55)	1 (4,55)	9 (40,91)	1 (4,55)
	χ^2	3,99	13,93	7,42	5,89	17,92	5,02
	p	0,679	0,030	0,283	0,436	0,006	0,285

Potreba za zdravstvenom njegom kao razlog odlaska u dom za starije osobe je najčešći razlog kod ispitanika kojima je potreban stupanj socijalne usluge smještaja stupnja III, dok je potreba za zdravstvenom njegom za svaku nižu razinu stupnja socijalne usluge u manjoj mjeri razlog dolaska u dom za starije osobe te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=13,93$; $P<0,001$).

U dom za starije iz razloga što obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb najčešće odlaze ispitanici koji trebaju socijalnu uslugu smještaja stupnja II, dok je navedeni razlog najrjeđi kod ispitanika koji su procijenjeni za socijalnu uslugu smještaja stupnja III, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=17,92$; $P=0,006$). Nije bilo statistički vjerodostojne razlike za ostale ponuđene razloge u odnosu na stupanj socijalne usluge smještaja ispitanika ($P>0,050$). Svi odgovori su vidljivi u tablici 5.

H6. Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje prema vremenskom razdoblju njihovog čekanja za smještaj u dom za starije osobe.

Tablica 6. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) ispitanika za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na vremensko razdoblje njihovog čekanja za dom.

Duljina čekanja za dom na starije osobe	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
2-5 godina	Razlog nije odabran	14 (22,95)	27 (44,26)	44 (72,13)	41 (67,21)	30 (49,18)	51 (83,61)
	niska razina razloga	17 (27,87)	11 (18,03)	4 (6,56)	5 (8,20)	6 (9,84)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	15 (24,59)	18 (29,51)	6 (9,84)	5 (8,20)	9 (14,75)	2 (3,28)
	visoka razina razloga	15 (24,59)	5 (8,20)	7 (11,48)	10 (16,39)	16 (26,23)	8 (13,11)
5-10 godina	Razlog nije odabran	9 (12,33)	27 (36,99)	52 (71,23)	54 (73,97)	30 (41,10)	63 (86,30)
	niska razina razloga	24 (32,88)	14 (19,18)	5 (6,85)	7 (9,59)	9 (12,33)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	21 (28,77)	24 (32,88)	9 (12,33)	7 (9,59)	7 (9,59)	3 (4,11)
	visoka razina razloga	19 (26,03)	8 (10,96)	7 (9,59)	5 (6,85)	27 (36,99)	7 (9,59)
Više od 10 godina	Razlog nije odabran	10 (20,83)	11 (22,92)	20 (41,67)	34 (70,83)	27 (56,25)	46 (95,83)
	niska razina razloga	10 (20,83)	12 (25,00)	6 (12,50)	6 (12,50)	11 (22,92)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	12 (25,00)	20 (41,67)	6 (12,50)	4 (8,33)	4 (8,33)	1 (2,08)
	visoka razina razloga	16 (33,33)	5 (10,42)	16 (33,33)	4 (8,33)	6 (12,50)	1 (2,08)
χ^2		4,94	5,69	17,96	3,99	12,66	4,66
P		0,552	0,458	0,006	0,678	0,049	0,324

Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti kao razlog odlaska u dom za starije je najčešći među ispitanicima koju su imali vrijeme čekanja dulje od 10 godina, dok je razlog u manjoj mjeri zastupljen među ispitanicima koji su imali kraće

vrijeme čekanja i to svakim padom vremena čekanja je manje izražen navedeni razlog. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=17,96$; $P=0,006$).

U dom za starije osobe zbog razloga što obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb najčešće odlaze ispitanici koju su imali vrijeme čekanja 5-10 godina, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=12,66$; $P=0,049$).

Razlike u ostalim razlozima s obzirom na vrijeme čekanja nisu utvrđene ($P>0,050$). Odgovori ispitanika i postoci su vidljivi u tablici 6.

H7. Značajno se razlikuje najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe u odnosu na tip kućanstva u kojem starija osoba živi.

Tablica 7. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) ispitanika za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na tip kućanstva u kojem žive.

Tip kućanstva	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
Samačko kućanstvo	Razlog nije odabran	18 (26,09)	31 (44,93)	42 (60,87)	32 (46,38)	41 (59,42)	59 (85,51)
	niska razina razloga	25 (36,23)	7 (10,14)	9 (13,04)	9 (13,04)	7 (10,14)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	10 (14,49)	27 (39,13)	8 (11,59)	12 (17,39)	4 (5,80)	4 (5,80)
	visoka razina razloga	16 (23,19)	4 (5,80)	10 (14,49)	16 (23,19)	17 (24,64)	6 (8,70)
Kućanstvo s više osoba	Razlog nije odabran	15 (13,27)	34 (30,09)	74 (65,49)	97 (85,84)	46 (40,71)	101 (89,38)
	niska razina razloga	26 (23,01)	30 (26,55)	6 (5,31)	9 (7,96)	19 (16,81)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	38 (33,63)	35 (30,97)	13 (11,50)	4 (3,54)	16 (14,16)	2 (1,77)
	visoka razina razloga	34 (30,09)	14 (12,39)	20 (17,70)	3 (2,65)	32 (28,32)	10 (8,85)
χ^2		13,24	11,03	3,52	37,18	7,41	2,18
P*		0,004	0,012	0,318	<0,001	0,060	0,336

Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe ispitanika samačkog kućanstva po važnosti je bolest, potreba za zdravstvenom njegom i osamljenost. Kod ispitanika kućanstva s više osoba najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe po važnosti je

bolest, potreba za zdravstvenom njegom te što obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost razlike u odabiru uslijed razloga bolesti, potreba za zdravstvenom njegom i osamljenosti kao razloga za smještaj u dom za starije osobe s obzirom na tip kućanstva ($P < 0,050$). Svi podaci su vidljivi u tablici 7.

H8. Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje u odnosu na bračni status starije osobe.

Tablica 8. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) ispitanika za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na bračni status starije osobe.

Bračni status	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
neoženjen/ neudana	Razlog nije odabran	4 (25,00)	6 (37,50)	9 (56,25)	5 (31,25)	10 (62,50)	16 (100,00)
	niska razina razloga	5 (31,25)	1 (6,25)	5 (31,25)	3 (18,75)	0 (0,00)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	2 (12,50)	8 (50,00)	0 (0,00)	5 (31,25)	1 (6,25)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	5 (31,25)	1 (6,25)	2 (12,50)	3 (18,75)	5 (31,25)	0 (0,00)
živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici	Razlog nije odabran	9 (12,00)	25 (33,33)	43 (57,33)	63 (84,00)	32 (42,67)	70 (93,33)
	niska razina razloga	19 (25,33)	18 (24,00)	5 (6,67)	6 (8,00)	13 (17,33)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	23 (30,67)	25 (33,33)	10 (13,33)	3 (4,00)	11 (14,67)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	24 (32,00)	7 (9,33)	17 (22,67)	3 (4,00)	19 (25,33)	5 (6,67)
rastavljen /rastavljena	Razlog nije odabran	5 (41,67)	6 (50,00)	7 (58,33)	7 (58,33)	6 (50,00)	9 (75,00)
	niska razina razloga	3 (25,00)	2 (16,67)	2 (16,67)	1 (8,33)	1 (8,33)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	2 (16,67)	3 (25,00)	2 (16,67)	1 (8,33)	1 (8,33)	2 (16,67)
	visoka razina razloga	2 (16,67)	1 (8,33)	1 (8,33)	3 (25,00)	4 (33,33)	1 (8,33)
udovac/ udovica	Razlog nije odabran	15 (18,99)	28 (35,44)	57 (72,15)	54 (68,35)	39 (49,37)	65 (82,28)
	niska razina razloga	24 (30,38)	16 (20,25)	3 (3,80)	8 (10,13)	12 (15,19)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	21 (26,58)	26 (32,91)	9 (11,39)	7 (8,86)	7 (8,86)	4 (5,06)
	visoka razina razloga	19 (24,05)	9 (11,39)	10 (12,66)	10 (12,66)	21 (26,58)	10 (12,66)
	χ^2	4,818	1,108	4,52	11,96	3,22	5,29
	P	0,186	0,775	0,211	<0,001	0,358	0,071

*Ispitanici podijeljeni u 2 skupine: oženjeni/udate/izvanbračna zajednica (skupina 1), ostali samci (skupina 2).

Osamljenost kao razlog odlaska u dom za starije je statistički značajno rjeđi kod osoba koje su u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici u odnosu na samce (neoženjen/neudata, rastavljen/a, udovac/ica; $P < 0,001$), dok se ostali razlozi odlaska u dom za starije ne razlikuju među osobama ovisno o bračnom statusu ($P > 0,050$). Odgovori ispitanika i pripadajući postoci te izračuni su vidljivi u tablici 8.

H9. Razlikuje se najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe s obzirom na status roditeljstva starije osobe.

Tablica 9. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) ispitanika za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na status roditeljstva starije osobe.

Roditelj	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
Ne	Razlog nije odabran	7 (26,92)	6 (23,08)	14 (53,85)	13 (50,00)	16 (61,54)	25 (96,15)
	niska razina razloga	7 (26,92)	2 (7,69)	7 (26,92)	4 (15,38)	3 (11,54)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	4 (15,38)	15 (57,69)	1 (3,85)	4 (15,38)	1 (3,85)	1 (3,85)
	visoka razina razloga	8 (30,77)	3 (11,54)	4 (15,38)	5 (19,23)	6 (23,08)	0 (0,00)
Da	Razlog nije odabran	26 (16,67)	59 (37,82)	102 (65,38)	116 (74,36)	71 (45,51)	135 (86,54)
	niska razina razloga	44 (28,21)	35 (22,44)	8 (5,13)	14 (8,97)	23 (14,74)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	44 (28,21)	47 (30,13)	20 (12,82)	12 (7,69)	19 (12,18)	5 (3,21)
	visoka razina razloga	42 (26,92)	15 (9,62)	26 (16,67)	14 (8,97)	43 (27,56)	16 (10,26)
χ^2		2,81	8,79	11,89	6,54	2,93	2,93
P*		0,421	0,032	0,002	0,081	0,402	0,231

Potreba za zdravstvenom njegom je učestaliji razlog za smještaj u dom za starije kod ispitanika koji nemaju djecu u odnosu na ispitanike koji imaju djecu te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=8,79$; $P=0,032$). Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti je učestaliji razlog korištenja

usluga doma za starije kod ispitanika koji nemaju djecu te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=11,89$; $P=0,002$).

Ispitivanjem razlike u ostalim razlozima za smještaj u dom za starije osobe s obzirom na roditeljstvo nije utvrđena ($P>0,050$). Podaci su vidljivi u tablici 9.

H10. Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje u odnosu na obrazovni stupanj starije osobe.

Tablica 10. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na obrazovni stupanj starije osobe

Obrazovni i stupanj	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
Osnovna škola	Razlog nije odabran	12 (18,46)	18 (27,69)	46 (70,77)	45 (69,23)	32 (49,23)	59 (90,77)
	niska razina razloga	17 (26,15)	16 (24,62)	4 (6,15)	8 (12,31)	7 (10,77)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	18 (27,69)	23 (35,38)	5 (7,69)	6 (9,23)	8 (12,31)	1 (1,54)
	visoka razina razloga	18 (27,69)	8 (12,31)	10 (15,38)	6 (9,23)	18 (27,69)	5 (7,69)
Srednja škola	Razlog nije odabran	17 (18,68)	38 (41,76)	55 (60,44)	67 (73,63)	43 (47,25)	76 (83,52)
	niska razina razloga	25 (27,47)	14 (15,38)	9 (9,89)	8 (8,79)	16 (17,58)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	22 (24,18)	30 (32,97)	13 (14,29)	7 (7,69)	10 (10,99)	5 (5,49)
	visoka razina razloga	27 (29,67)	9 (9,89)	14 (15,38)	9 (9,89)	22 (24,18)	10 (10,99)
Viša i visoka	Razlog nije odabran	4 (15,38)	9 (34,62)	15 (57,69)	17 (65,38)	12 (46,15)	25 (96,15)
	niska razina razloga	9 (34,62)	7 (26,92)	2 (7,69)	2 (7,69)	3 (11,54)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	8 (30,77)	9 (34,62)	3 (11,54)	3 (11,54)	2 (7,69)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	5 (19,23)	1 (3,85)	6 (23,08)	4 (15,38)	9 (34,62)	1 (3,85)
χ^2		1,83	5,76	3,69	1,94	2,64	4,57
p		0,935	0,451	0,718	0,925	0,852	0,334

Ispitivanjem nije utvrđena razlika u razlozima smještaja u dom za starije osobe s obzirom na obrazovni stupanj ispitanika ($P>0,050$). Svi podaci su vidljivi u tablici 10.

H11. Drukčiji su najčešći razlozi smještaja u dom za starije osobe u odnosu na raspoložive/imenovane Pružatelje pomoći za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života starijoj osobi (ukoliko su potrebni).

Tablica 11. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) ispitanika za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na raspoložive/imenovane Pružatelje pomoći za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života starijoj osobi (ukoliko su potrebni).

Pružatelji pomoći za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života starijoj osobi	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
Nema	Razlog nije odabran	2 (28,57)	5 (71,43)	6 (85,71)	2 (28,57)	0 (0,00)	7 (100,00)
	niska razina razloga	2 (28,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	4 (57,14)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	1 (14,29)	2 (28,57)	1 (14,29)	2 (28,57)	1 (14,29)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	2 (28,57)	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (42,86)	2 (28,57)	0 (0,00)
Ima	Razlog nije odabran	31 (17,71)	60 (34,29)	110 (62,86)	127 (72,57)	87 (49,71)	153 (87,43)
	niska razina razloga	49 (28,00)	37 (21,14)	15 (8,57)	18 (10,29)	22 (12,57)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	47 (26,86)	60 (34,29)	20 (11,43)	14 (8,00)	19 (10,86)	6 (3,43)
	visoka razina razloga	48 (27,43)	18 (10,29)	30 (17,14)	16 (9,14)	47 (26,86)	16 (9,14)
	P*	0,465	0,044	0,218	0,012	<0,001	<0,001

*Z-test razlika u proporcijama dva nezavisna skupa

Bolest i nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti su kao razlozi odlaska u dom za starije osobe u jednakoj mjeri zastupljen među ispitanicima koji imaju i nemaju raspoloživog pružatelja pomoći (P=0,465/P=0,218). Učestaliji razlog odlaska u dom za starije među osobama koje imaju raspoloživog pružatelja pomoći je potreba za zdravstvenom njegom (P=0,044) te ostali razlozi (P<0,001), dok je među osobama koje nemaju raspoloživog pružatelja pomoći učestaliji razlog osamljenost (P=0,012) te nemogućnost obitelji da pruži primjerenu i potrebnu skrb (P<0,001). Podaci su vidljivi u tablici 11.

H12. Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe se značajno razlikuje u odnosu na kategoriju pokretnosti starije osobe.

Tablica 12. Najčešći samoprocijenjeni razlozi (n, %) ispitanika za smještaj u dom za starije osobe u odnosu na kategoriju pokretnosti starije osobe (7).

Pokretnost ***	Razina razloga za smještaj u dom za starije osobe	Bolest	Potreba za zdravstvenom njegom	Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	Osamljenost	Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	Drugi razlozi
Potpuno pokretni	Razlog nije odabran	18 (18,18)	43 (43,43)	59 (59,60)	67 (67,68)	54 (54,55)	82 (82,83)
	niska razina razloga	31 (31,31)	15 (15,15)	9 (9,09)	10 (10,10)	16 (16,16)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	23 (23,23)	35 (35,35)	14 (14,14)	7 (7,07)	9 (9,09)	3 (3,03)
	visoka razina razloga	27 (27,27)	6 (6,06)	17 (17,17)	15 (15,15)	20 (20,20)	14 (14,14)
Pokretni pomoću štapa, štike..	Razlog nije odabran	13 (18,06)	20 (27,78)	46 (63,89)	53 (73,61)	28 (38,89)	67 (93,06)
	niska razina razloga	18 (25,00)	20 (27,78)	6 (8,33)	7 (9,72)	10 (13,89)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	20 (27,78)	23 (31,94)	7 (9,72)	8 (11,11)	11 (15,28)	3 (4,17)
	visoka razina razloga	21 (29,17)	9 (12,50)	13 (18,06)	4 (5,56)	23 (31,94)	2 (2,78)
Trajno ograničeno pokretni (u invalidskim kolicima)	Razlog nije odabran	2 (40,00)	0 (0,00)	5 (100,00)	3 (60,00)	0 (0,00)	5 (100,00)
	niska razina razloga	2 (40,00)	2 (40,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	1 (20,00)	3 (60,00)	0 (0,00)	1 (20,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	5 (100,00)	0 (0,00)
Trajno nepokretni	Razlog nije odabran	0 (0,00)	2 (33,33)	6 (100,00)	6 (100,00)	5 (83,33)	6 (100,00)
	niska razina razloga	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	umjerena razina razloga	4 (66,67)	1 (16,67)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
	visoka razina razloga	2 (33,33)	3 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (16,67)	0 (0,00)
χ^2		1,65	9,81	2,12	5,67	6,65	
P*		0,647	0,020	0,550	0,129	0,073	0,022**

*kod χ^2 testa ispitanici podijeljeni u 2 skupine: pokretne (skupina 1) te djelomično pokretne i nepokretne (skupina 2).

** Z test razlike u proporcijama 2 nezavisna skupa

*** Tomek-Roksandić S, Lukić M, Deucht A, Županić M, Ljubičić M, Šimunec D, et al. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestričnom dokumentacijom i Postupnikom opće/obiteljske medicine. Zagreb: CZG ZJZ Dr. Andrija Štampar; 2012. (7)

Potreba za zdravstvenom njegom je učestaliji razlog kod ispitanika koji imaju poteškoće u kretanju (djelomične i potpune) u odnosu na ispitanike koji su potpuno pokretni te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=9,81$); ($P=0,020$). Drugi razlozi odlaska u dom za starije među pokretnim ispitanicima su zastupljeni kod 17,17% dok je među djelomično pokretnim ili potpuno nepokretnim ispitanicima zastupljenost 6,02% te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($P=0,022$). Podaci su vidljivi u tablici 12.

Tablica 13. Najvažniji samoprocijenjeni razlozi ispitanika za smještaj u dom za starije osobe

Razlog	Prosjek	SD
Bolest	1,63	1.07
Potreba za zdravstvenom njegom	1,18	1.03
Obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb	1,17	1.28
Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti	0,81	1.17
Osamljenost	0,59	1.02
Drugi razlozi	0,33	0.90

Kod odabira važnosti razloga bolesti za odlazak u dom za starije najveći broj ispitanika su odabrali nisku razinu razloga ($n=51$; 28,02%), dok je visoka razina razloga odabrana kod 50 ispitanika (27,47%). Ipak, prosječna razina važnosti je najveća kod bolesti te je ona prvi razlog smještaja u dom za starije osobe ($\bar{X}=1,63$; $SD=1,07$).

Drugi najvažniji razlog je potreba za zdravstvenom njegom kod koje je najveći broj ispitanika izabrao umjerenu razinu razloga ($n=62$; 34,07%). Prosječna razina važnosti je 1,18 sa standardnom devijacijom 1,03.

Kao treći najvažniji razlog je nemogućnost obitelji da pruži primjerenu i potrebnu skrb kod koje najčešće razlog nije odabran (n=87; 47,80%), dok je među ispitanicima koji su odabrali navedeni razlog najčešća visoka razina važnosti (n=49; 26,92%). Prosječna razina važnosti je 1,17 sa standardnom devijacijom 1,28.

Niska razina važnosti je utvrđena kod razloga nemogućnosti obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti, a koji većina ispitanika nisu odabrali (n=116; 63,74%) te je utvrđena prosječna razina važnosti 0,81 sa standardnom devijacijom 1,17.

Osamljenost je prema važnosti na petom od šest odabira te navedeni razlog većina ispitanika nisu odabrali (n=129; 70,88%). Prosječna razina važnosti je 0,59 sa standardnom devijacijom 1,02.

Najmanje važni su ostali razlozi odlaska u dom za starije koje većina ispitanika nisu imali (n=160; 87,90%) te je utvrđena prosječna razina važnosti 0,33 sa standardnom devijacijom 0,90. Svi podaci su vidljivi u tablici 13.

5. RASPRAVA

Ovo istraživanje, koje se provodilo putem telefonskog anketiranja prema listi čekanja za smještaj u „Dom za starije i nemoćne osobe u Splitu“, dobrovoljno su sudjelovala 182 ispitanika, a sam rezultat istraživanja nam pokazuje da je prioritetni razlog smještaja osoba potrebnih dugotrajne institucijske skrbi doma za osobe starije životne dobi **bolest**. S obzirom da je najveći broj ispitanika koji su na listi čekanja za mjesto u dom za starije osobe u srednjoj starosti (75-84 godine), ne iznenađuje ako imaju od jednu ili više kroničnih dijagnoza na što upućuju i mnoga istraživanja u zemljama sličnima našoj (2, 3, 31).

Prema podacima prethodnih studija vidljivo je da više od 80% starijih osoba imaju neku kroničnu bolest. S obzirom na funkcionalnu samostalnost $\frac{1}{4}$ starijih osoba je ograničena u određenim aktivnostima dok 15% osoba starije dobi nije u mogućnosti obavljati samostalno određene aktivnosti. Iako neka istraživanja potvrđuju da starije osobe imaju velikih zdravstvenih tegoba ipak većina starijih osoba je dobrog zdravstvenog, duševnog i tjelesnog stanja (31). To nam budi nadu kako određeni ishodi postignuti velikim naporima stručnih osoba, posebno tima gerontoloških stručnjaka, postižu velike uspjehe.

Gerontološko-javnozdravstvena analiza stupnja pokretljivosti korisnika odabranih domova za osobe starije životne dobi („Osijek, Primum, Sveti Nikola, Ščavničar, Trnje, Udbina, Vela Luka, Čorluka“) u Hrvatskoj (N=859, 2014.g.) pokazuje da je: 29,11% trajno nepokretnih, 32,71% trajno ograničeno pokretnih, 26,54% ograničeno pokretnih, 10,17% sasvim pokretnih dok je nepoznat podataka za oko 1% korisnika. Za navedene domove za starije osobe iste godine (N=859, 2014.g.) analiza ukazuje na 46,34% trajno nesamostalnih korisnika, 38,88 % ograničeno samostalnih, 12,12 % samostalnih dok se za oko 3% ne može odgovoriti ili je podatak nepoznat (8).

Slijedom takvih gerontološko - javnozdravstvenih analiza uvidjela se potreba osnivanja „odjela za oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija u domovima za starije osobe“ u svrhe osiguranja primjerenih uvjeta za štićenike s verificiranom dijagnozom demencije (8).

Prema Hrvatskom Zdravstveno - statističkom ljetopisu Hrvatskog Zavoda za javno zdravstvo (HZJZ) 2021. godine stanovništvo Republike Hrvatske broji 3.871.833 stanovnika od kojega broj stanovnika od 65 godina i više čini 22,5% . S obzirom na veliku zastupljenost starije populacije i multimorbiditeta razumljivo je da imamo i podatke o razlozima najčešćih hospitalizacija osoba starije životne dobi. Istoimenu ljetopis nam daje podatke kako je u bolnicama Hrvatske kroz 2021. godinu bilo najviše hospitalizirano bolesnika starije životne dobi zbog bolesti cirkulacijskog sustava (n=47.356), zatim zbog novotvorina (n=35.231), a treće mjesto razloga hospitalizacije starijih osoba čine bolesti respiratornog sustava (n=26.676). Pošto su najčešći uzroci hospitalizacije u bolnicama Hrvatske u 2021. godini bolesti cirkulacijskog sustava isto tako nailazimo na podatak da su te bolesti i česti uzrok smrti starijih osoba (32).

U bližoj budućnosti očekuje se bolje financijsko i obrazovno stanje starijih osoba te time i očekivanja kvalitetnijeg života. Znamo i da bolji i kvalitetniji način života starijih osoba znatno ovisi o doprinosima mlađih generacija dok smo svjesni situacije i sve većeg iseljavanja mlađih osoba (31).

Sljedeći razlog rangiran po važnosti za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe je potreba za **zdravstvenom njegom**. Taj izbor je logičan i povezan je s bolestima koje su zastupljene u starijoj dobi kao i razini funkcionalne sposobnosti starijih osoba. Također je i veliki broj ispitanika u ovom istraživanju ovisan o tuđoj pomoći prema strukturi kategorije njihove funkcionalne sposobnosti. Naime, prema Indeksu po Barthelovoj skali modificiranom prema Shah S., Vanclay F. i Cooper B. (MBI) vidljivo je da je 61 ispitanik (33,52%) umjereno ovisan, 50 ispitanika (27,47%) je potpuno samostalno, 48 (26,37%) je malo ovisno, 16 ispitanika (8,79%) je teško ovisno i 7 ispitanika (3,85%) je potpuno ovisno (slika 10).

Prema ovom istraživanju, kao i tolikim drugima koji donose podatke o potrebi kvalitetne skrbi za osobe starije životne dobi koji su smješteni u domovima, važno je postaviti minimalni kadrovski standard zdravstvenih djelatnika kako bi se mogle zadovoljiti potrebe korisnika, ali i zadovoljstvo osoblja koje sudjeluje u zdravstvenoj njezi.

„Program primjene 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe“ izradio je „Centar za gerontologiju ZJZ „Dr. Andrija Štampar“ Referentni centar MZSS Republike Hrvatske sa suradnicima i partnerima s ciljem da se starije osobe što više zdravstveno zaštiti i podigne kvaliteta zdravstvene gerijatrijske njege kao i kadrovski standard zdravstvenih djelatnika. Minimalni broj zdravstvenih djelatnika u domovima za starije osobe procjenjuje se promatranjem i ocjenjivanjem funkcionalne sposobnosti korisnika u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost osobe, a pored funkcionalne sposobnosti i zdravstvenog stanja starije osobe važno je pratiti i negativno zdravstveno ponašanje starije osobe te s tom procjenom utvrđujemo i stupanj zdravstvene njege (7).

U okviru procjene funkcionalne sposobnosti osobe određujemo pokretljivost starije osobe koja može biti: sasvim pokretna - 1, ograničeno pokretna - 2, trajno ograničeno pokretna - 3, trajno nepokretna - 4, a kod samostalnosti pratimo psihički status prema kategorijama: sasvim samostalan - 1, ograničeno samostalan - 2, trajno nesamostalan - 3 i ne može odgovoriti - 4. Definirana su četiri stupnja gerijatrijske njege koji su usklađeni sa europskim normama, a to su (7):

- prvi ili minimalni stupanj zdravstvene njege (primjenjuje se u stambenom dijelu doma),
- drugi ili minimalni stupanj zdravstvene njege (primjenjuje se u stacionarnom dijelu doma),
- treći ili optimalni stupanj zdravstvene njege (primjenjuje se u stacionarnom dijelu doma za starije osobe),
- četvrti ili maksimalni stupanj zdravstvene njege (primjenjuje se u stacionarnom dijelu doma).

Prema podacima gerontološko - javnozdravstvene analize u Hrvatskoj je 2019. godine u ispitivanim domovima za starije osobe (N=75) s udjelom korisnika (N=10.360) prema predmetnim stupnjevima gerijatrijske zdravstvene njege najmanje zastupljen četvrti ili maksimalni stupanj stacionara s udjelom od 11,54%, zatim drugi ili minimalni stacionarni stupanj s udjelom od 22,60%, dok je treći ili optimalni

stacionarni stupanj udjela 32,36%, a najviše je osoba prvog ili minimalnog stambenog stupnja s 33,49% (33).

To su gerontološko - javnozdravstveni pokazatelji koje je nužno utvrđivati, pratiti i evaluirati jer impliciraju na nužne promjene u kadrovskim normama i normativima u domovima za osobe starije životne dobi.

U domovima za osobe starije životne dobi vrlo je važna gerijatrijska zdravstvena njega koja ima za cilj sprječavanje „4 N“ u gerijatriji tj. prevencija nesamostalnosti, nepokretnosti, nestabilnosti i nekontroliranog mokrenja (7).

Osim zdravstvene njege važna je i primjena sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege kojom se prikazuje dokaz o učinjenom potrebnom radu i planiraju se određene mjere da bi se postigao željeni cilj. Pravilnim prikupljanje sestrinske dokumentacije (7):

- pospješuje se komunikacija medicinskih sestara sa ostalim zdravstvenim i nezdravstvenim osobljem pa i samom obitelji,
- potiče se profesionalna odgovornost,
- prikazuje se dužnost medicinske sestre kao zakonsku obvezu,
- često je dokaz i pravna zaštita,
- pokazuje se profesionalni standard sestrinske prakse,
- podiže se kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege,
- jasnije se vide financijski troškovi u zdravstvu,
- djeluje se na svijest društva i promjene.

Time dobivamo uvid u obujam i važnost ovog humanog poziva/posla i uloge medicinske sestre koja kroz pravilnu sestrinsku dokumentaciju može procijeniti zdravstveno stanje starije osobe, donijeti određene zaključke, definirati problem i odlučiti o potrebi sestrinske skrbi u korist što kvalitetnije gerijatrijske zdravstvene njege (7).

Sve ovo nas dovodi do trećeg po važnosti razloga za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe, a to je što **obitelj** ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb. Najvećem broju ispitanika pomoć pružaju članovi obitelji 122 (67,03%), 56 ispitanika (30,8%) pomažu najbliži prijatelji ili susjedi, 50 ispitanika (27,5%) pomaže stručno osoblje. Sedam ispitanika (3,85%) treba tuđu pomoć, ali im nitko ne pomaže (slika 9).

Većina ispitanika živi u tipu kućanstva s više osoba (slika 6). Najzastupljenija je skupina starijih osoba koje su umjereno ovisni, njih 33,52% (prema MBI - „Protokolu za evaluaciju stupnja funkcionalne samostalnosti“) od ukupnog broja ispitanika (n=182) (slika 10).

Produljivanje radnog vijeka starijim osobama doprinosi većoj potrebi za stručnim uslugama skrbi na koje ima pravo, a to pravo će koristiti buduća starija populacija više od današnjih starijih osoba jer su obitelji sve manje (31).

„Obitelj je kolijevka čovjeka i čovječanstva (34).“ Kao takva je i „najstarija ljudska institucija koja je pod neprestanim predmetom rasprava (35)“. S obzirom na sustav vrijednosti društva obitelj je na prvom mjestu i od velike je važnosti. U njoj se događa sve važno što nas i obilježava, a u kriznim situacijama obitelj je najčešće ta koja ima najvažniju ulogu za svakog pojedinca (36).

Obitelj za osobu starije životne dobi, a posebno kod osoba koje se spremaju za neku važnu životnu odluku, kao što je smještaj u dugotrajnu institucijsku ustanovu, je od ključne važnosti. Stoga je vrlo važno kako obitelj zajedno proživljava taj „stres“, koliko je spremna suočiti se sa stresom i koliko on utječe na odnose. Sve više smo svjedoci, posebno kod osoba starije životne dobi kako stres uvelike utječe na čovjeka, na njegovo mentalno i fizičko zdravlje i kako lako dovede čovjeka do razdražljivosti ili depresije (36).

U SAD-u i Kanadi prema nekim istraživanjima nailazimo na 4 osnovna tipa obitelji s obzirom na odnose (36, 37):

- Tradicionalni tip – osobe su čvrsto povezane, usmjerene na obitelj, stabilnost, religioznost i rutinu. Obitelj koja pomaže u svladavanju stresa.

- Moderni tip – emocije se slobodno izražavaju, nema netrpeljivosti, sukobi se većinom rješavaju. Važnija im je promjena i inovacija od stabilnosti.
- Nepovezani tip – slabi odnosi među članovima, međusobna netrpeljivost i izbjegavanje. Obitelji koje su izvor stresa iako je još očuvana sposobnost zajedničkog rješavanja problema.
- Emocionalno narušen tip – slaba zaštita članova obitelji, često je obitelj izvor stresa svojim članovima, neriješeni problemi u odnosima koji može prijeći i u vanjski sukob koji se često i ponavlja.

Danas se često susrećemo sa starijim osobama koje dolaze iz različitih „tipova“ obitelji i svjesniji smo kako se različito suočavaju i nose sa odlukama odlaska u dom za starije osobe. Prema tome je osobito važan individualni i holistički pristup. Važan je svaki trenutak susreta sa starijim osobama, a kao posebno bitan se ističe prvi kontakt koji starija osoba kao korisnica ostvaruje u domu. To su najčešće medicinska sestra ili gerontonegovateljica i osoba s kojom će korisnica dijeliti sobu i ostale zajedničke prostore. U prvim kontaktima se stječe povjerenje, osjećaj sigurnosti i pripadnosti.

U ovom istraživanju više od polovice ispitanika su potpuno pokretni (n=99; 54,40%), najmanje zastupljeni (n=5; 2,75%) su ispitanici koji su ograničeno pokretni u invalidskim kolicima (slika 8). Veći broj ispitanika treba pomoć kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti života. Tako najvećem broju pomaže obitelj (n=122; 67,03%) (slika 9).

Jedan od važnijih samoprocijenjenih razloga ispitanika za smještaj u dom za starije osobe je velika ograničenost ili **bespomoćnost kod svakodnevnih aktivnosti života** tj. funkcionalna sposobnost ispitanika koja prema našem istraživanju zauzima četvrto mjesto. Iako ima nisku prosječnu razinu važnosti 0,81 sa standardnom devijacijom 1,17 (tablica 13) ne bi trebalo zanemariti ovaj razlog koji često može voditi nekim drugim poteškoćama psihičke ili fizičke prirode.

Prema ovom istraživanju najvećem broju ispitanika pomoć pružaju članovi obitelji (n=122; 67,03%). Tu možemo istaknuti članove obitelji kao jedne od neformalnih negovatelja u izvaninstitucijskoj skrbi za osobe starije životne dobi.

Studije upućuju da neformalni njegovatelji većinom nemaju dovoljno vremena kako bi brinuli o svome zdravlju, što nam daje prikaz opterećenosti neformalnih njegovatelja koji zbog pružanja intenzivne neformalne skrbi kroz duže vrijeme i sami mogu postati bolesni i potrebni skrbi drugih osoba (38).

U zemljama Europske unije dosta je prisutna neformalna njega. Neformalne njegovatelje čine članovi obitelji, prijatelji, susjedi i druge osobe koje nemaju plaću za svoj doprinos bolesnoj osobi. Većinom su žene najzastupljenije kao neformalni njegovatelj koje pružaju njegu u punom ili kraćem radnom vremenu. Primarni neformalni njegovatelji su najčešće supružnici dok su vlastita djeca sekundarni skrbnici (39).

Nadalje, funkcionalna sposobnost je jedan od najvažnijih pokazatelja kvalitete života i samog zdravlja starijih osoba. Neka istraživanja donose podatke kako su češće žene te koje imaju više poteškoća kada dođe do smanjenja funkcionalne sposobnosti (40, 41).

Funkcionalna sposobnost u životu starijih ljudi je vrlo važna jer može voditi depresivnom stanju ukoliko smanjena funkcionalna sposobnost ili bolest onemogućava starijoj osobi da nastavi živjeti svoje socijalne kontakte dok prema nekim istraživanjima vidimo povećanu prisutnost simptoma depresije kada dođe do smanjenja funkcionalne sposobnosti (40, 42).

Druga istraživanja pokazuju da odvajanje od svoje obitelji ili svoga doma, nemogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti i druge poteškoće s kojima se starija osoba susreće često vode povećanju depresivnih simptoma, ali i povećanoj vjerojatnosti smrti od 59% u godini odlaska u dom za starije osobe koje pate od depresije. Iz tog proizlazi da je više prisutna depresivnost starijih osoba u institucijskim ustanovama od onih koji žive u lokalnoj zajednici (17, 40).

U današnjim socijalnim uslugama skrbi prema starijim osobama posebno se naglašavaju usluge skrbi u vlastitom domu. To naravno vodi sve duljoj neovisnosti uz održavanje kvalitete života starijih osoba. Lokalna zajednica ima jednu veliku ulogu pomoći starijim osobama, zadovoljavanju kvalitete zdravlja i zadovoljstva u životu starijih ljudi ukoliko bude primjenjivala u pravo vrijeme prave intervencije (43).

Ovo istraživanje prikazuje da je najviše ispitanika koji na listi za smještaj u dom za starije osobe čekaju 5-10 godina (n=73; 40,11%), zatim koji čekaju na dom 2-5 godina (n=61; 33,52%), a potom 10 godina i više (n=48; 26,37%). Vidljivo je da višegodišnje čekanje (za smještaj u dugotrajnu institucijsku skrb doma za starije osobe) iznosi čak sveukupno 100% za ispitanike (slika 7). To upućuje na značaj potrebne izvaninstitucijske skrbi za starije osobe.

Očito je kako su Hrvatskoj uistinu potrebni izvaninstitucijski programi i usluge skrbi za starije osobe. Stoga stoji prijedlog da lokalne zajednice preorijentiraju već postojeće udruge, organizacije i ustanove koje bi jednom dobrom koordinacijom i pružanjem usluga cjelovite skrbi bile od velike pomoći starijim osobama, a time i cijeloj zajednici (31).

Jedan od velikih problema u Hrvatskoj je odvojenost zdravstvenog i socijalnog sustava pri pružanju skrbi, dok nailazimo na podatke da je u svijetu u skrbi za starije osobe veće sudjelovanje socijalnih radnika prilikom zdravstvene problematike. Još uvijek način rada sa starijim osobama vodi rješavanju akutne problematike dok se vrlo mala ili nikakva pozornost daje prevenciji što vodi ranijoj pojavi kroničnih bolesti i ovisnosti o tuđoj pomoći (31, 44, 45).

Ovo istraživanje samo potvrđuje potrebe starijih osoba za izvaninstitucijskom skrbi jer se na institucijsku skrb doma za starije najčešće čeka godinama. Time pružanje zdravstvenih usluga dobiva prioritetno mjesto, kao i povezanost izvaninstitucijske skrbi s institucijskom skrbi za starije osobe u jedinstvenom sustavu zaštite zdravlja starijih osoba. Korištenjem metode samoprocjene i telefonskog anketiranja, uvjetovano radi COVID-19 mjera, moguće je ograničenje ovog istraživanja. Važan doprinos ovog istraživanja jest spoznaja o neophodnosti uske povezanosti i učinkovite integracije institucijske i izvaninstitucijske skrbi za osobe starije životne dobi te koordinacije unutar nužnog multidisciplinarnog gerontološkog tima, kao i potrebi kontinuiranog napredovanja u zaštiti zdravlja starijih osoba, uzimajući u obzir pri tom raspoložive ljudske i materijalne resurse.

Od izuzetnog značaja je pravovremeno i objektivno utvrđivanje zdravstvenih i socijalnih potreba starijih osoba što pridonosi očuvanju zdravlja i općenito

dostojanstvenom životu u svom domu ili u institucijskim ustanovama (46). To upućuje na stalnu reedukaciju iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege za sve stručnjake koji u interdisciplinarnom i intersektorskom gerontološkom pristupu sudjeluju u pružanju institucijske i izvaninstitucijske skrbi za starije osobe (47).

6. ZAKLJUČCI

1. Ispitivanjem je utvrđena povezanost između razine razloga smještaja u dom za starije osobe i razloga smještaja ($\chi^2=26,26$; $P<0,001$) s najčešćim razlogom bolesti, te se hipoteza prihvaća kao istinita.

2. Ispitivanjem prisutnosti razlika u odabiru svakog od ponuđenih razloga glede spola nije utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($P>0,050$).

3. Osamljenost kao razlog odlaska u dom za starije je najzastupljeniji među ispitanicima srednje starosti koji je odabran kod 37,21%, dok je najrjeđe razlog među ispitanicima duboke starosti koji je odabran kao razlog kod 16,28% te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($P=0,035$).

4. Potreba za zdravstvenom njegom kao razlog odlaska u dom za starije osobe je najčešća kod ispitanika koji trebaju stupanj socijalne usluge smještaja III, dok je potreba za zdravstvenom njegom za svaku nižu razinu stupnja socijalne usluge u manjoj mjeri razlog dolaska u dom za starije osobe te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=13,93$; $P<0,001$).

5. Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti kao razlog odlaska u dom za starije osobe je najčešća među ispitanicima koju su imali vrijeme čekanja na smještaj u dom dulje od 10 godina, dok je razlog u manjoj mjeri zastupljen među ispitanicima koji su imali kraće vrijeme čekanja, i to svakim padom vremena čekanja je manje izražen navedeni razlog. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2=17,96$; $P=0,006$).

6. Najčešći razlog smještaja u dom za starije osobe ispitanika samačkog kućanstva je bolest, potreba za zdravstvenom njegom, osamljenost, dok je kod ispitanika kućanstva s više osoba bolest, potreba za zdravstvenom njegom te što obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb. Ispitivanjem je utvrđena prisutnost razlike u odabiru uslijed razloga bolesti, potreba za zdravstvenom njegom, osamljenosti kao razloga za smještaj u dom za starije osobe s obzirom na tip kućanstva ($P<0,050$).

7. Osamljenost kao razlog odlaska u dom za starije je statistički značajno rjeđi kod osoba koje su u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici u odnosu na samce (neoženjen/neudata, rastavljen/a, udovac/ica; $P < 0,001$), dok se ostali razlozi odlaska u dom za starije ne razlikuju među osobama ovisno o bračnom statusu ($P > 0,050$).

8. Potreba za zdravstvenom njegom je učestaliji razlog za smještaj u dom za starije kod starijih osoba koje nemaju djecu u odnosu na osobe koji ih imaju, te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2 = 8,79$; $P = 0,032$). Nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti je učestaliji razlog korištenja usluga doma za starije kod ispitanika koji nemaju djecu te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2 = 11,89$; $P = 0,002$). Ispitivanjem razlike u ostalim razlozima za smještaj u dom za starije osobe s obzirom na roditeljstvo nije utvrđena ($P > 0,050$).

9. Ispitivanjem nije utvrđena razlika u razlozima smještaja u dom za starije osobe glede obrazovnog stupanja ispitanika ($P > 0,050$).

10. Bolest i nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti su kao razlozi odlaska u dom za starije osobe u jednakoj mjeri zastupljen među ispitanicima koji imaju i nemaju raspoloživog pružatelja pomoći ($P = 0,465/P = 0,218$). Učestaliji razlog odlaska u dom za starije među osobama koje imaju raspoloživog pružatelja pomoći je potreba za zdravstvenom njegom ($P = 0,044$) te ostali razlozi ($P < 0,001$), dok je među osobama koje nemaju raspoloživog pružatelja pomoći učestaliji razlog osamljenost ($P = 0,012$) te nemogućnost obitelji da pruži primjerenu i potrebnu skrb ($P < 0,001$).

11. Potreba za zdravstvenom njegom je učestaliji razlog kod ispitanika koji imaju poteškoće u kretanju (djelomične i potpune) u odnosu na ispitanike koji su potpuno pokretni te je ispitivanjem utvrđeno prisutnost statistički značajne razlike ($\chi^2 = 9,81$; $P = 0,020$). Drugi razlozi odlaska u dom za starije među pokretnim ispitanicima su zastupljeni kod 17,17% dok je među djelomično pokretnim ili potpuno nepokretnim ispitanicima zastupljenost 6,02% te je ispitivanjem utvrđena prisutnost statistički značajne razlike ($P = 0,022$).

Slijedom rezultata ovog istraživanja može se zaključiti kako su upravo „bolest“ i „potreba za zdravstvenom njegom“ prema samoprocjeni starijih osoba najviše rangirani razlozi

za smještaj u domove za starije osobe. Takvi rezultati nedvojbeno potvrđuju značaj pružanja zdravstvenih usluga u domovima za starije osobe uz obliciju uspostavljanja sustava evaluacije kvalitete dugotrajne skrbi za starije osobe. To implicira na nužne promjene u kadrovskim normama i normativima u domovima za starije osobe, unaprjeđenje učinkovite povezanosti institucijske i izvaninstitucijske skrbi za osobe starije životne dobi kao i koordinacije unutar multidisciplinarnog gerontološkog tima. Iz svega navedenog proizlazi da je nužna obavezna edukacija iz gerontologije, gerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege na Sveučilišnim zdravstvenim studijama te obogaćivanje individualnog bio-psiho-socijalnog pristupa gerijatrijskom bolesniku s prepoznavanjem duhovnih potreba starije osobe.

7. LITERATURA

1. Jedvaj S, Štambuk A, Rusac S. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. Socijalne teme [Internet] 2014;1(1):135-154. [citirano 01.09.2022.].
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/177570>
2. Tomasović Mrčela N, Tomek-Roksandić S, Katić M, Cerovečki-Nakić V, Blažeković-Milaković S, Kolarić B, et al. Specifične zdravstvene mjere i postupci tima doktora specijaliste opće/ obiteljske medicine u domu za starije osobe, knjiga sažetaka 3. hrvatskog gerontološkog i gerijatrijskog kongresa s međunarodnim sudjelovanjem, Opatija, Hrvatska; 2016;15-17.; Zagreb: HLZ; U: Liječnički vjesnik, 2016;138; supplement 2:str. 60.
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. CERANEO – Centar za razvoj neprofitnih organizacija, Socijalno vijeće grada Zagreba. Socijalna slika Grada Zagreba za 2015. “Odgovori na izazove starenja stanovništva“. Zagreb, 2016. [citirano 28 veljače 2017]. Dostupno na: <http://www.ceraneo.hr>
5. Republika Hrvatska Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine. [Internet] Zagreb; 2017. [citirano 06.08.2022]. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/MDOMSP%20dokumenti/Strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%20osobe%20u%20RH%20za%20razdoblje%20od%202017.-2020.%20g.pdf>
6. 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.
7. Tomek-Roksandić S, Lukić M, Deucht A, Županić M, Šimunec D, Tomasović Mrčela N, 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. g./popisna 2011. g.) Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, Zagreb, 2016. [Internet] [citirano 20. 11.2022]. Dostupno na: https://stampar.hr/sites/default/files/gerontologija_-_ljetopis_2016_web.pdf
 9. Spajić-Vrkaš V, Vrban I, Rusac S. Prava osoba starije životne dobi u Gradu Zagrebu: pilot-istraživanje, Zagreb: Zaklada *Zajednički put*; 2013.
 10. Baturina D. Kako zaštititi starije osobe? Mogućnost poboljšanja društvenog položaja i prevencije nasilja nad starijim osobama. *Bogoslovska smotra* [Internet].2021;91:117-144. [citirano 01.12.2022]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/379109>
 11. Kragić, B. (ur.) Starenje. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje [Internet] Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. [citirano 31.08.2022]. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=57840>
 12. Tomek-Roksandić S, Budak A. (ur.) Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 1999.
 13. Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
 14. Gerontologija. Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje [Internet] Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. [citirano 02.09.2022]. Dostupno na: <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=21815>
 15. Grün A. Visoko umijeće starenja. Zagreb: Kršćanska sadašnjost d.o.o., 2011; 7-18.
 16. Lovreković M, Leutar Z. Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu, *Socijalna ekologija*. 2010;1:55–79.
 17. Schaie W, Sherry L. Willis. Psihologija odrasle osobe i starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001.

18. Štambuk A. Prilagodba, stres i preseljenje u starosti. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. 1998;5(1):105-115. [citirano 11.01.2023]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/292336>
19. Goričanec I. Usporedba institucijske skrbi za osobe starije dobi u zemljama Europe. [završni rad] [Internet] Varaždin: Sveučilište Sjever; 2019. str. 17-22. [citirano 21.11.2022.]. Dostupno na: file:///C:/Users/Draga/Downloads/usporedba_institucijske_skrbi_za_osobe_starije_dobi_goricanec.pdf
20. Dobrotić I. Razvoj i poteškoće sustava skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Društvena istraživanja. 2016;25:21-42
21. Bađun M. Financiranje domova za starije i nemoćne osobe u Hrvatskoj, Zagreb: Revija za socijalnu politiku. 2017;24:19-42.
22. Ministarstvo rada i socijalne skrbi. Pravilnik o mjerilima za razvrstavanje domova za starije i nemoćne osobe [Internet] Zagreb: Narodne novine, 121/2000. [citirano 03.11.2022].
Dostupno na: https://narodne.novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2000_12_121_2302.html
23. Galić S, Tomasović Mrčela N, Barać I, Čizmar J, Dravinski S, Eršek Lj. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja [Internet] Osijek: Medicinska škola Osijek, 2013;1:51–54. [citirano 17.08.2022].
Dostupno na: http://ss-medicinska-os.skole.hr/upload/ss-medicinska-os/images/static3/1169/File/PROJEKT_Prirucnik_I.pdf
24. Služba za javnozdravstvenu gerontologiju NZJZ Dr. Andrija Štampar, Referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba [Internet] [citirano 20.08.2022]. Dostupno na: <https://stampar.hr/hr/sluzbe/sluzba-za-javnozdravstvenu-gerontologiju>
25. Kolarić B, Tomasović Mrčela N, Ćorić T, Tomek-Roksandić S, Predavec, S, Galić, R, et al. Uloga gerontološkog multidisciplinarnog tima i interdisciplinarnog pristupa u zaštiti zdravlja starijih osoba, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Zagreb, 2020;1:75–76.
26. Štambuk A. Starost i starenje u zrcalu duhovnosti. Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja [Internet] Zagreb:2017;53(2):142-151. [citirano 10.12.2022.]. Dostupno na: <https://doi.org/10.31299/hrri.53.2.11>

27. Koenig, H.G. Aging and God: Spiritual Pathways to Mental Health in Midlife and Later Years. New York: The Haworth Pastoral Press;1994.
28. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:56-61
29. Republika Hrvatska Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2020. godini [Internet] Zagreb:2021. [citirano 08.01.2023]. Dostupno na:
<https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Socijalna%20politika/Odluke/Godi%C5%A1nje%20statisticke%20izvjesce%20o%20domovima%20i%20korisnicima%20socijalne%20skrbi%20za%202020.%20godinu.pdf>
30. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol. 1989;42(8):703-9.
31. Lučanin D, Despot Lučanin J, Havelka M. Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. Revija za socijalnu politiku 2000;7(1):19-27. [citirano 30.11.2022]. Dostupno na: : <https://hrcak.srce.hr/file/47309>
32. Hrvatski Zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis za 2021. godinu [Internet] Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo; 2022. [citirano 30.11.2022]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/hrvatski-zdravstveno-statisticke-ljetopis/hrvatski-zdravstveno-statisticke-ljetopis-za-2021-tablicni-podaci/>
33. Kolarić B, Ćorić T, Tomasović Mrčela N, Sajko D, Arnaut K, Maltarić M, et al. Gerontološko-javnozdravstveni pokazatelji osoba starije životne dobi. U: Polić Vižintin M, Marić-Bajs M, ur. Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba za 2020. godinu. Zagreb: NZJZ „Dr.Andrija Štampar“; 2021;1:69-91.
34. Juul J. Razgovori s obiteljima; perspektive i procesi. Zagreb: Aliena.;1995.
35. Janković J. Pristupanje obitelji-sustavni pristup. Zagreb: Alineja;2004.
36. Wagner Jakab A. Obitelj – sustav dinamičnih odnosa u interakciji, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 2008. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2008;44:119-128.
37. Čudina-Obradović M., Obradović J. Psihologija braka i obitelji. Zagreb: Golden marketing-Tehnička knjiga; 2006.

38. Benko S, Kolarić B, Tomasović-Mrčela N, Burden of Informal Caregivers of Chronic Respiratory Failure Patients in Croatia. *Coll. Antropol.* 2021;45(1):39–44.
39. Štambuk A, Rusac S, Skokandić L. Profil neformalnih njegovatelja starijih osoba u gradu Zagrebu. *Revija za socijalnu politiku* [Internet]. 2019;26(2):189-205. [citirano 01.12.2022]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/223868>
40. Ajduković M, Ručević S, Majdenić M. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe, *Revija za socijalnu politiku* [Internet] Zagreb:2013;20:149-165. [citirano 01.12.2022]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/157492>
41. Parminder, R., Wong, M., & Massfeller, H. (2004). The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly [Internet] *BMC Geriatrics*, 4(3). [citirano 16.12.2022]. Dostupno na: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-4-3>
42. Berman J, Furst LM. *Starije osobe s depresijom: obrazovanje i pregled.* Washington: Springer Publishing Co. Američko psihološko društvo;2011.
43. Despot Lučanin J, Lučanin D, Havelka D. Kvaliteta starenja – samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja* [Internet]. 2006;15(4-5(84-85)):801-817. [citirano 12.09.2022]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/10879>
44. Schwaber Kerson T. *Social work in health settings.* Philadelphia: Haworth Press;1997.
45. Boyd L. S, Treas J. *Family care of the frail elderly: A new look at “women in the middle”*, u: Enright, R. B. (ur.) *Perspectives in social gerontology.* Boston: Allyn and Bacon;1994.
46. Bađun M. Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe Newsletter: povremeno glasilo Instituta za javne financije [Internet]. 2015;17(100):1-9. [citirano 08.01.2023]. Dostupno na: <https://www.ijf.hr/upload/files/file/newsletter/100.pdf>
47. Stavljenić–Rukavina A, Mittermayer R, Tomek-Roksandić S, Mustajbegović J. *Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba-Priručnik.* Zagreb: Centar za promicanje EU standarda u zdravstvu, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Centar za zdravstvenu gerontologiju – Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba;2012.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci:

Ime i prezime

Adresa

Marina Sušac

Mobitel

E – mail

sr.marina.susac@gmail.com

Državljanstvo

Hrvatsko

Datum rođenja

26.05.1983.

ŠKOLOVANJE I STRUČNO USAVRŠAVANJE

Datum

1989 - 1997

Mjesto

Novi Mikanovci, Vođinci

Ustanova

Osnovna škola Stanislava Lehote, Područna škola Vođinci.

Datum

1997- 2001

Mjesto

Vinkovci

Ustanova

Zdravstvena i Veterinarska škola „Dr. Andrije Štampara“ Vinkovci

Zvanje

Medicinska sestra / medicinski tehničar

Datum	2015 - 2018
Mjesto	Split
Ustanova	Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; Preddiplomski studij sestrinstva
Zvanje	Sveučilišna prvostupnica (baccalaurea) sestrinstva, (univ. bacc. med.techn.)
	2019 – 2023
Datum	Split
Mjesto	Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; Diplomski studij sestrinstva
Ustanova	Magistra sestrinstva (mag. med. techn.)
Zvanje	

RADNO ISKUSTVO

• Datumi (od – do)	25.09.2006. – 24.09.2007.
Ustanova zaposlenja	Dom zdravlja Splitsko – dalmatinske županije Split
Naziv radnog mjesta	Volonter / Medicinska sestra
Funkcija	Medicinska sestra
Područje rada	SDŽ

• Datumi (od – do)	01.09.2008. – 31.05.2016.
Ustanova zaposlenja	Klinički bolnički centar Split
Naziv radnog mjesta	Medicinska sestra
Funkcija	Medicinska sestra
Područje rada	SDŽ

Datumi (od – do)	06.06.2016. – 05.07.2018.
Ustanova zaposlenja	Rehabilitacijski centar Samaritanac, Split
Naziv radnog mjesta	Medicinska sestra
Funkcija	Medicinska sestra
Područje rada	SDŽ

• Datumi (od – do)	11.04.2019. -
Ustanova zaposlenja	Samostan Službenica Milosrđa Kaštel Sućurac
Naziv radnog mjesta	Voditeljica doma za starije osobe
Funkcija	Medicinska sestra
Područje rada	SDŽ

OSNOVNE VJEŠTINE I KOMPETENCIJE

Materinji jezik	hrvatski
Strani jezici	
Jezik	talijanski, engleski, njemački
Govori	Talijanski, engleski
Piše	talijanski
Čita	talijanski, engleski, njemački

Tehničke vještine i kompetencije:

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

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

DZS – Državni zavod za statistiku

EU – Europska unija

GDPR – *General Data Protection Regulation*

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

MROSP - Republika Hrvatska, Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike

MZSS – Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi

OECD - Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj

UN – Ujedinjeni narodi

ZJZ – Zavod za javno zdravstvo

WHO – *World Health Organization*

PRILOZI

UPITNIK O SOCIODEMOGRAFSKIM OBILJEŽJIMA STARIJIH OSOBA

1.) Redni broj ispitanika	9.) Tip kućanstva u kojem živi
Broj:	a) samačko kućanstvo b) kućanstvo s više osoba
2.) Procijenjeni stupanj socijalne usluge smještaja	10. Pokretnost*
Broj:	a) Sasvim pokretni b) Ograničeno pokretni (služi se povremeno sa štapom, štakama...)
3.) Dob korisnika	c) Trajno ograničeno pokretni (trajno u invalidskim kolicima)
Godina rođenja:	d) Trajno nepokretni
4.) Spol korisnika	
M / Ž	
5.) Bračni status	11. Pružatelji pomoći za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života
a) neoženjen/neudana b) živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici c) rastavljen/rastavljena d) udovac/udovica	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)
6. Stupanj obrazovanja	e) Ostali
a) osnovna škola b) srednja stručna sprema c) viša stručna sprema d) visoka stručna prema	f) Ne trebam tuđu pomoć za obavljanje aktivnosti svakodnevnog života
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)

*Izvor: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba (6)

**UPITNIK O RAZLOZIMA SMJEŠTAJA U DUGOTRAJNU INSTITUCIJSKU
SKRB DOMA ZA STARIJE OSOBE***

ODABERITE KOJI SU VAM RAZLOZI ZA SMJEŠTAJ U DOM ZA STARIJE (RANGIRANO OD 1 DO 3)
a) bolest
b) potreba za zdravstvenom njegom
c) nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti
d) osamljenost
e) obitelj ne može pružiti primjerenu i potrebnu skrb
f) navedite druge razloge.....

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

*modificirano prema ref. br.29: Republika Hrvatska Ministarstvo rada, mirovinskoga sustava, obitelji i socijalne politike. Godišnje statističko izvješće o domovima i korisnicima socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj u 2020. godini. str.17