

Kvaliteta života starijih i bolesnih osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Republici Hrvatskoj

Professional paper



¹ Slavica Janković

¹ Tara Stipanić

¹ Katarina Kovačević

¹ Veleučilište „Lavoslav Ružička” u Vukovaru

bez pomoći druge osobe. Upitnik je obuhvaćao pitanja koja se odnose na percepciju kvalitete smještaja, dostupnost i raznolikost sadržaja, učestalost i zadovoljstvo organiziranim aktivnostima te opću procjenu kvalitete života. Prikupljeni podaci analizirani su deskriptivnim statističkim metodama u cilju identifikacije ključnih čimbenika koji utječu na zadovoljstvo korisnika.

Sažetak

Kvaliteta života starijih i bolesnih osoba smještenih u domovima za starije i nemoćne predstavlja jedno od ključnih pitanja socijalne skrbi i javnog zdravstva u Republici Hrvatskoj. Ovaj rad istražuje povezanost kvalitete smještaja, dostupnih sadržaja i organiziranih aktivnosti s općim zadovoljstvom i dobrobiti korisnika domova. Analiza obuhvaća fizičke uvjete smještaja (veličina i opremljenost soba, pristupačnost, sigurnosni standardi), socijalne i rekreativne sadržaje (društvene prostorije, knjižnice, vrtovi, terapijske radionice) te organizirane aktivnosti (kulturne manifestacije, sportsko-rekreacijski programi, radionice za očuvanje kognitivnih funkcija). Poseban naglasak stavljen je na ulogu individualiziranog pristupa u planiranju aktivnosti, važnost međuljudskih odnosa i socijalne podrške te suradnju s lokalnom zajednicom.

Metodologija

Istraživanje je provedeno metodom anketnog upitnika u osam domova za starije i nemoćne osobe u Republici Hrvatskoj. Ukupno je sudjelovalo 124 ispitanika, odabranih nasumičnim uzorkovanjem među korisnicima domova. Kriterij za uključivanje u istraživanje bio je očuvan kognitivni status, odnosno sposobnost samostalnog razumijevanja pitanja i popunjavanja upitnika

Zaključak

Rezultati ukazuju na to da kvalitetan smještaj, raznoliki sadržaji i kontinuirane aktivnosti znatno pridonose očuvanju fizičkog i mentalnog zdravlja korisnika, smanjenju osjećaja izoliranosti te povećanju zadovoljstva životom. Ulaganje u poboljšanje infrastrukture, proširenje ponude sadržaja i individualiziranih programa može unaprijediti kvalitetu života starijih i bolesnih osoba te osigurati njihovu veću socijalnu uključenost i dostojanstveno starenje.

Ključne riječi: kvaliteta života, starije osobe, domovi za starije i nemoćne, smještaj, socijalna uključenost

Datum primitka: 31.8.2025.

Datum prihvatanja: 26.11.2025.

<https://doi.org/10.24141/1/11/2/8>

Autor za dopisivanje:

Slavica Janković

A: Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru

Blage Zadre 2, HR - 32000 Vukovar

T: +385 99 7697255

E-pošta: slavica.jankovic@vevu.hr

Uvod

Starost je prirodna životna faza koju Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) najčešće definira kronološki, počevši od navršene 65. godine života. Sam proces starenja započinje mnogo ranije, a njegov tijek i manifestacije ovise o genskim predispozicijama, načinu života, socioekonomskim uvjetima i zdravstvenoj povijesti pojedinca. Starenje nije homogeno iskustvo – razlikuje se među pojedincima i unutar različitih društvenih i kulturnih konteksta.¹ Osim kronološke dobi, u literaturi se sve više naglašava i biološka te funkcionalna starost, koje bolje odražavaju stvarne sposobnosti osobe.

Tijekom procesa starenja dolazi do postupnih promjena u fiziološkim funkcijama, uključujući smanjenje mišićne mase i snage, pad gustoće kostiju, usporavanje metabolizma, promjene u radu kardiovaskularnog sustava, smanjenje osjetljivih funkcija te osjetljivost na kronične bolesti. Na psihološkom planu, starije osobe mogu iskusiti promjene u kognitivnim funkcijama, poput sporije obrade informacija ili smanjenja kratkotrajnog pamćenja, iako se ove promjene ne događaju jednako kod svih. Socijalna dimenzija starenja uključuje promjene u obiteljskim ulogama, radnom statusu, krugu prijatelja i općenito u načinu uključivanja u društvenu zajednicu.²

Poseban segment u definiranju starosti čini pojam nemoći. Nemoć se odnosi na stanje smanjene sposobnosti samostalnog obavljanja osnovnih aktivnosti svakodnevnog života, poput osobne higijene, oblačenja, hranjenja ili kretanja. Ova ograničenja mogu biti posljedica kroničnih bolesti (npr. kardiovaskularne bolesti, dijabetes, osteoporoza), neurodegenerativnih stanja (npr. Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest), akutnih zdravstvenih događaja (npr. moždani udar) ili ozljeda. Nemoć također može biti rezultat kombinacije fizičkih, kognitivnih i psiholoških čimbenika.

Kvaliteta života u starijoj dobi

Kvaliteta života starijih osoba višedimenzionalan je pojam koji uključuje fizičko zdravlje, psihičku dobrobit, socijalne odnose, razinu samostalnosti, osjećaj sigurnosti te mogućnost sudjelovanja u aktivnostima koje pojedinac smatra važnima. SZO definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca o vlastitom položaju u životu u kontekstu kulture i vrijednosnih sustava u kojima živi, u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige.³

U starijoj dobi kvaliteta života može biti narušena zbog niza čimbenika. Najčešći uzroci uključuju pogoršanje zdravstvenog stanja, smanjenu pokretljivost, gubitak socijalnih kontakata, financijska ograničenja, usamljenost, gubitak životne uloge te nedovoljnu društvenu podršku. Emocionalni aspekti, poput osjećaja beskorisnosti ili socijalne izolacije, mogu jednako snažno utjecati na kvalitetu života kao i fizička bolest.

U Republici Hrvatskoj dodatni izazovi proizlaze iz specifičnoga demografskog i socioekonomskog konteksta. Hrvatska se ubraja među zemlje s izrazito starim stanovništvom – prema popisu stanovništva iz 2021., udio osoba starijih od 65 godina iznosi gotovo 23 %. Istodobno, sustav skrbi za starije karakterizira nedostatak kapaciteta, osobito u institucionalnom smještaju, te neujednačena kvaliteta usluga među ustanovama. Brojne ustanove rade s ograničenim financijskim i kadrovskim resursima, što otežava implementaciju individualiziranih pristupa i raznovidnih aktivnosti za korisnike.⁴

Uzroci narušavanja kvalitete života u Hrvatskoj

U hrvatskom kontekstu, uz već navedene opće čimbenike, postoje i specifične prepreke koje negativno utječu na kvalitetu života starijih osoba:

- ▶ nedovoljna dostupnost zdravstvenih usluga u manjim sredinama i ruralnim područjima, što dovodi do otežanog pristupa liječenju i rehabilitaciji
- ▶ ograničeni kapaciteti domova za starije i nemoćne, zbog čega postoje dugi popisi čekanja, ponekad i od nekoliko godina
- ▶ nedostatak stručnog osoblja, osobito medicinskih sestara, fizioterapeuta i radnih terapeuta
- ▶ financijski izazovi, s obzirom na to da mnoge mirovine nisu dovoljne za pokrivanje troškova kvalitetnog smještaja
- ▶ urbanizacija i migracije mladih koje dovode do smanjenja obiteljske podrške u skrbi za starije
- ▶ smanjena društvena participacija, s obzirom na to da starije osobe ponekad nemaju priliku aktivno sudjelovati u životu zajednice, što dovodi do osjećaja izoliranosti.⁵

Razlozi smještaja u domove za starije i nemoćne

Smještaj u domove za starije i nemoćne osobe rezultat je različitih životnih okolnosti i potreba. Najčešći su razlozi:

1. potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegom – osobito kod kroničnih bolesti ili nakon operacija, kada je potrebna stalna medicinska skrb i praćenje
2. sigurnosni razlozi – kod osoba s ograničenom pokretljivošću ili sklonošću padovima institucionalni smještaj pruža sigurnije okruženje
3. nesposobnost samostalnog života – fizička ili kognitivna ograničenja otežavaju obavljanje svakodnevnih aktivnosti
4. nedostatak obiteljske podrške – zbog udaljenosti, zaposlenosti članova obitelji ili nedostatka bližih srodnika
5. potreba za socijalizacijom – mnogi stariji ljudi žele biti okruženi vršnjacima i sudjelovati u zajedničkim aktivnostima, što im dom može omogućiti.

Za mnoge korisnike dom postaje mjesto koje pruža osjećaj sigurnosti, dostupnost stručne skrbi i mogućnost sudjelovanja u zajedničkom životu.⁶ Međutim, kvaliteta tog iskustva nije jednaka za sve – ovisi o fizičkim uvjetima smještaja, raznolikosti i dostupnosti sadržaja, stručnosti osoblja te međuljudskim odnosima unutar ustanove.

Institucionalna skrb i kvaliteta života

Institucionalna skrb može imati dvojake učinke na kvalitetu života. S jedne strane, pruža sigurnost, zdravstvenu njegu i socijalne kontakte, a s druge strane, ako nije prilagođena individualnim potrebama, može dovesti do osjećaja gubitka autonomije, rutiniziranosti života i pasivnosti.^{7, 8} Stoga se u suvremenim pristupima naglašava važnost tzv. skrbi usmjerene na osobu (engl. *person-centered care*), gdje se plan aktivnosti, prehrane, socijalnog angažmana i zdravstvene skrbi temelji na željama, navikama i životnoj priči pojedinca.

Trendovi i izazovi

U posljednjih deset godina u Hrvatskoj se razvijaju i alternativni oblici skrbi, poput dnevnih boravaka, programa pomoći u kući, obiteljskih domova i zajednica podrške, no institucionalni domovi i dalje imaju ključnu ulogu, posebno za one s višim stupnjem zdravstvenih i funkcionalnih potreba. Demografski trendovi, uključujući produženje životnog vijeka i smanjenje broja mlađih članova obitelji koji mogu pružiti skrb, upućuju na to da će se potražnja za institucionalnim smještajem nastaviti povećavati.⁹

Uz ove izazove, postoji i potreba za unaprjeđenjem standarda smještaja, raznolikosti sadržaja i kvalitete međuljudskih odnosa unutar domova, jer su upravo ti čimbenici ključni za očuvanje kvalitete života starijih i bolesnih korisnika.

Metodologija

Istraživanje je provedeno metodom anketnog upitnika pripremljenog isključivo za ovo istraživanje, a primijenjen je u osam domova za starije i nemoćne osobe u Republici Hrvatskoj. Ukupno je sudjelovalo 124 ispitanika, odabranih nasumičnim uzorkovanjem među korisnicima domova. Korisnici koji su sudjelovali u popunjavanju anketa nisu poznavali osobu koja je provodila istraživanje (nije zaposlenik toga doma) kako bi se izbjegao utjecaj „pogodovanja” na odgovore. Kriterij za uključivanje u istraživanje bio je očuvan kognitivni status, odnosno sposobnost samostalnog razumijevanja pitanja i popunjavanja upitnika bez pomoći druge osobe.

Upitnik je osmišljen kako bi obuhvatio više dimenzija kvalitete života korisnika u institucionalnom smještaju. Kako bi korisnicima doma bilo što jednostavnije preciznije odgovoriti na postavljena pitanja, ponuđeni su odgovori: zadovoljan/zadovoljna, djelomično zadovoljan / djelomično zadovoljna i nezadovoljan/nezadovoljna. Upitnik je koncipiran od sljedećih pitanja:

- ▶ zadovoljstvo smještajem – procjena udobnosti i opremljenosti soba, čistoće, razine buke, dostupnosti zajedničkih prostora i opće sigurnosti
- ▶ privatnost – osjećaj osobnog prostora, mogućnost privatnih razgovora i mirnog boravka bez neželjenih prekida
- ▶ uslužnost i stručnost osoblja – ljubaznost, spremnost na pomoć, stručne kompetencije medicinskog i nemedicinskog osoblja te brzina reagiranja na potrebe korisnika
- ▶ provođenje fizikalne terapije – dostupnost, učestalost i kvaliteta fizioterapijskih tretmana, individualizirani pristup i zadovoljstvo rezultatima terapije
- ▶ dodatni sadržaji – uključenost u kreativne radionice, organizirane zabave, kulturne i rekreativne aktivnosti te njihova učestalost i raznovrsnost

- ▶ prisutnost i posjeti liječnika – učestalost dolazaka liječnika u dom, dostupnost medicinskih pregleda i percepcija kvalitete liječničke skrbi
- ▶ prijedlozi za poboljšanja – otvorena pitanja u kojima su ispitanici mogli navesti što bi željeli promijeniti u domu radi poboljšanja vlastite kvalitete života (npr. promjene u prehrani, aktivnosti, infrastrukturi ili načinu rada osoblja).

Prikupljeni podaci obrađeni su deskriptivnim statističkim metodama u cilju identifikacije ključnih čimbenika koji najviše utječu na zadovoljstvo korisnika.

Rezultati su analizirani i uspoređeni među različitim domovima kako bi se uočile eventualne razlike povezane s infrastrukturom, programima aktivnosti ili pristupom osoblja.

Rezultati i rasprava istraživanja

Procjena zadovoljstva korisnika smještajem obuhvatila je sljedeće elemente: udobnost i opremljenost soba, čistoću, razinu buke, dostupnost zajedničkih prostora te opću sigurnost u domu.

Od ukupno 124 korisnika, 62 (50,0 %) su ocijenila svoj boravak u domu zadovoljavajućim, navodeći da su sobe adekvatno opremljene i čiste, a zajednički prostori uglavnom dostupni i funkcionalni.

Djelomično zadovoljnih korisnika bilo je 32 (25,8 %). Glavni razlozi za takvu procjenu bili su povišena razina buke, nedostatak privatnosti te smetnje u organizaciji rada doma, što je negativno utjecalo na kvalitetu boravka.

Nezadovoljnih korisnika bilo je 30 (24,2 %), a najčešće su navodili neadekvatne uvjete smještaja, nedovoljnu čistoću, osjećaj nesigurnosti te ograničen pristup zajedničkim prostorima.

Dobiveni rezultati ukazuju na to da većina korisnika ima pozitivno iskustvo boravka u domu, no znatan udio djelomično i potpuno nezadovoljnih korisnika upućuje na potrebu za poboljšanjem uvjeta, osobito u pogledu smanjenja buke, povećanja privatnosti te optimizacije organizacije rada doma.

Procjena privatnosti korisnika u domu obuhvatila je osjećaj osobnog prostora, mogućnost vođenja privat-

nih razgovora te miran boravak bez neželjenih prekida. Od ukupno 124 korisnika, većina (n = 98; 79,0 %) izjavila je da nisu zadovoljni razinom privatnosti u domu. Najčešće su navodili da dijeljenje soba i zajedničkih prostora, česti ulasci osoblja bez prethodne najave te stalna buka otežavaju očuvanje privatnog prostora i onemogućuju mirne aktivnosti. Deset korisnika (8,1 %) ocijenilo je da su zadovoljni privatnošću, a u većini slučajeva bila je riječ o osobama smještenima samostalno u sobe. Ovi korisnici istaknuli su da raspored prostorija, smanjen broj kontakata i odsutnost stalnih prekida pridonose pozitivnom iskustvu. Preostalih 16 korisnika (12,9 %) izjasnilo se kao djelomično zadovoljno privatnošću. Iako su u određenim uvjetima imali mogućnost mirnog boravka u domu, korisnici su naveli kako imaju poteškoće u vođenju povjerljivih razgovora te osjećaj narušavanja privatnosti zbog blizine drugih korisnika i nedostatka namjenskih prostora.

Dobiveni rezultati jasno ukazuju na to da je privatnost znatno narušena za većinu korisnika. Ovi rezultati istraživanja sugeriraju potrebu za prostornim i organizacijskim prilagodbama, uključujući mogućnost samostalnog smještaja, uvođenje prostora za privatne razgovore te definiranje protokola ulaska osoblja u sobe.

Preporuke i standardi za pružanje socijalnih usluga u Republici Hrvatskoj pokazuju određena odstupanja. Hrvatski propisi naglašavaju nužnost osiguravanja sigurnog, poticajnog i udobnog okruženja, pristupačnosti zajedničkih prostora, individualizacije skrbi te poštovanja privatnosti korisnika. Prema dobivenim rezultatima, dio je tih standarda ispunjen – posebno u segmentima čistoće i osnovne opremljenosti – no izazovi ostaju u područjima privatnosti, organizacije aktivnosti i smanjenja buke. Ovo ukazuje na potrebu za unapređenjem prostorne organizacije, boljim rasporedom aktivnosti i jasnijim postupcima koji osiguravaju sigurnost i slobodu kretanja korisnika. U usporedbi s europskim primjerima dobre prakse, vidljivo je da suvremeni pristupi skrbi u zemljama poput Nizozemske, Danske i Švedske nude kvalitetnija rješenja. Nizozemski model malih kućnih zajednica (npr. Hogeweyk) naglašava privatnost, autonomiju i slobodan pristup zajedničkim sadržajima. Danska organizira domove u male stambene jedinice, čime se smanjuje institucionalni karakter i povećava osjećaj sigurnosti. Švedski pristup uključuje otvorene, lako dostupne zajedničke prostore, visoke higijenske standarde te prostorna rješenja koja minimiziraju buku. Stoga primjeri domova za starije osobe unutar Europske unije jasno pokazuju kako bi primjena elemenata europske prakse – prvenstveno stvaranje manjih skupi-

Tablica 1. **Zadovoljstvo korisnika smještajem u domu (N = 124)**

Ocjena zadovoljstva	Broj korisnika	Postotak (%)	Najčešći navedeni razlozi
Zadovoljni	62	50,0	čistoća, udobnost, opremljenost, dostupnost prostora
Djelomično zadovoljni	32	25,8	buka, manjak privatnosti, organizacijske smetnje
Nezadovoljni	30	24,2	nedovoljna čistoća, nesigurnost, ograničen pristup zajedničkim prostorima

Tablica 2. **Zadovoljstvo privatnošću u domu (N = 124)**

Ocjena zadovoljstva	Broj korisnika	Postotak (%)	Najčešći navedeni razlozi
Zadovoljni	10	8,1	samostalni smještaj u sobi, mir, odsutnost prekida
Djelomično zadovoljni	16	12,9	povremene mogućnosti mira, otežani privatni razgovori
Nezadovoljni	98	79,0	dijeljenje soba, buka, učestali prekidi, ulasci bez najave

Tablica 3. **Zadovoljstvo uslužnošću i stručnošću osoblja (N = 124)**

Ocjena zadovoljstva	Broj korisnika	Postotak (%)	Najčešći navedeni razlozi
Zadovoljni	72	58,1	ljubaznost, stručnost, spremnost na pomoć
Djelomično zadovoljni	25	20,2	uslužnost dobra, ali manjak stručnosti; povremena kašnjenja pomoći
Nezadovoljni	27	21,8	nedostatak empatije, loša komunikacija, sporo reagiranje

na korisnika, poboljšanje akustike i osiguravanje većeg stupnja privatnosti – mogla unaprijediti zadovoljstvo korisnika u hrvatskim domovima. Dobiveni rezultati sugeriraju da daljnja ulaganja u prostorne i organizacijske promjene mogu znatno pridonijeti povećanju kvalitete života korisnika.

U procjeni uslužnosti i stručnosti osoblja doma analizirani su stavovi korisnika o ljubaznosti, spremnosti osoblja na pomoć, stručnim kompetencijama medicinskog i nemedicinskog osoblja te brzini reagiranja na potrebe korisnika.

Od ukupno 124 ispitanika, 72 korisnika (58,1 %) izjavila su da su zadovoljna odnosom osoblja i njihovom stručnošću. Kao ključne pozitivne aspekte navodili su pristupačnost, spremnost na pravodobnu pomoć, ljubaznost te kompetentno pružanje usluga u skladu s potrebama korisnika. Djelomično zadovoljnih korisnika bilo je 25 (20,2 %). Ova je skupina navela kako je većina osoblja ljubazna i spremna pomoći, postoje situacije kada pomoć kasni ili se ne reagira dovoljno učinkovito, osobito u trenucima većeg opterećenja osoblja. Dio djelomično zadovoljnih korisnika istaknuo je da su uslužnim pristupom osoblja uglavnom zadovoljni, no smatraju da razina stručnosti nije uvijek na zadovoljavajućoj razini. Preostalih 27 korisnika (21,8 %) ocijenilo je da nisu zadovoljni uslužnošću i stručnošću osoblja. Najčešće su

navodili nedostatak komunikacijskih vještina, manjak empatije te nepravodobno reagiranje na njihove potrebe, što je kod njih izazivalo osjećaj zanemarenosti.

Ovi rezultati upućuju na postojanje problema povezanih s opterećenošću osoblja, nedostatkom kadra ili neujednačenom stručnom kompetentnošću. Hrvatski propisi i smjernice pokazuju da standardi naglašavaju individualizirani pristup, poštovanje, dostojanstvo korisnika i pravodobnu reakciju na potrebe. Iako dio korisnika prepoznaje ove elemente u radu osoblja, razmjerno je visok udio nezadovoljnih korisnika, koji upućuje na to da se ti standardi ne provode dosljedno. U praksi to može biti posljedica nedostatka kvalificiranog kadra, preopterećenosti postojećih zaposlenika te nedovoljno razvijenih programa edukacije.^{10, 11} U usporedbi s europskim domovima koji se smatraju primjerima dobre prakse, razlike su još izraženije. U zemljama poput Danske, Švedske i Nizozemske naglasak se stavlja na visoku razinu stručnih kompetencija, kontinuiranu edukaciju osoblja i interdisciplinarni radni pristup. Posebno je razvijen koncept *relationship-based care*, gdje se osoblje dodatno educira iz područja komunikacije, empatije i psihološke podrške. Osim toga, domovi često imaju povoljniji omjer zaposlenika i korisnika, što omogućuje bržu i kvalitetniju reakciju na potrebe. Primjena europskih modela – poput redovitih edukacija,

supervizije zaposlenika, boljšeg kadrovskog planiranja i ulaganja u komunikacijske kompetencije – mogla bi znatno unaprijediti zadovoljstvo korisnika u hrvatskim domovima.¹² Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da je upravo rad s korisnicima i kvaliteta međuljudske komunikacije jedan od ključnih elemenata ukupne kvalitete života u ustanovama za starije i nemoćne osobe.

Rezultati istraživanja u domovima za starije osobe pokazuju znatne razlike u dostupnosti, kvaliteti i organizaciji fizikalne terapije. Od ukupno 124 korisnika, 48 (38,7 %) ih je izrazilo iznimno zadovoljstvo provođenjem rehabilitacije, naglašavajući pozitivan utjecaj tretmana na pokretljivost, smanjenje bolova i opće zdravstveno stanje. S druge strane, 52 (41,9 %) korisnika smatraju kako bi rehabilitacija trebala biti organizirana svakodnevno. Njihova očekivanja ukazuju na potrebu za većom učestalošću tretmana i individualiziranim pristupom, gdje se intenzitet i dinamika rehabilitacije prilagođavaju zdravstvenim potrebama i funkcionalnim sposobnostima svakog korisnika. Posebno zabrinjava podatak da određeni broj korisnika (n = 24; 19,4 %) uopće nije obuhvaćen fizikalnom terapijom, jer dom nema zaposlenog fizioterapeuta. Ovakav nedostatak stručnog kadra direktno se odražava na kvalitetu skrbi, povećava rizik od pogoršanja zdravstvenog stanja, smanjenja samostalnosti i većih komplikacija u svakodnevnom životu.

Prema vrijedećim pravilnicima RH, domovi za starije osobe s više od 100 korisnika obvezni su imati stalno zaposlenog fizioterapeuta, dok manji, posebno privatni domovi fizioterapeute angažiraju prema vlastitim financijskim mogućnostima. Ovakva regulacija objašnjava zašto manji domovi često ne pružaju redovitu rehabilitaciju svim korisnicima, čime se ograničava kvaliteta skrbi i povećava rizik od pogoršanja zdravstvenog stanja. Europski primjeri dobre prakse pokazuju učinkovitije modele organizacije fizikalne terapije. U Danskoj i Nizozemskoj domovi često imaju stalno zaposlenog fizioterapeuta i redovno provode personalizirane rehabilitacijske programe, uključujući dnevne vježbe, grupne aktivnosti i praćenje funkcionalnog napretka. U Švedskoj svi korisnici imaju pristup terapiji u skladu s procjenom rizika od gubitka samostalnosti, što smanjuje komplikacije i poboljšava kvalitetu života.

Rezultati istraživanja ukazuju da bi primjena sličnih principa u hrvatskim domovima – redovita, individualizirana i stručno vođena fizikalna terapija – znatno unaprijedila zadovoljstvo korisnika i očuvala njihovu funkcionalnu sposobnost. Povećanje dostupnosti rehabilitacije, posebice u manjim domovima, predstavlja ključni korak u podizanju ukupne kvalitete života starijih osoba.

Uključenost korisnika u domovima za starije osobe u dodatne sadržaje poput kreativnih radionica, organiziranih zabava, kulturnih i rekreativnih aktivnosti igra važnu ulogu u očuvanju mentalnog zdravlja, socijalne uključenosti i opće kvalitete života korisnika.

Rezultati istraživanja pokazuju da je od ukupno 124 korisnika njih 79 (63,7 %) izjavilo kako su zadovoljni brojem i načinom provođenja dodatnih sadržaja, ističući da im omogućuju druženje, aktivno provođenje slobodnog vremena i očuvanje osjećaja pripadnosti zajednici. Djelomično zadovoljstvo iskazao je 31 (25 %) korisnik, što upućuje na potrebu za većom raznolikošću i učestalošću aktivnosti kako bi se zadovoljile različite interese i sposobnosti. S druge strane, 14 (11,3 %) korisnika nije zadovoljno, jer u njihovu domu nisu dostupni organizirani sadržaji, što ukazuje na nedostatak sustavne podrške i organizacijskih kapaciteta.

Prema vrijedećim smjernicama RH, domovi za starije osobe trebali bi omogućiti programe socijalne, kulturne i rekreativne aktivnosti prilagođene sposobnostima i interesima korisnika, u cilju aktivnog uključivanja u zajednicu i očuvanja psihofizičkog zdravlja. Rezultati pokazuju da hrvatski domovi u praksi dijelom zadovoljavaju ove standarde, no određeni dio korisnika ostaje neuključen, što naglašava potrebu za sustavnijim planiranjem i redovitom evaluacijom aktivnosti. Europski primjeri dobre prakse pokazuju da domovi u Švedskoj, Danskoj i Nizozemskoj sustavno integriraju socijalne, kulturne i rekreativne programe u dnevnu rutinu korisnika.¹³ Aktivnosti se organiziraju prema individualnim sposobnostima i interesima, često uključujući i vanjske stručnjake, volontere te interdisciplinarne timove. Takav pristup ne samo da povećava zadovoljstvo korisnika nego i pridonosi očuvanju mentalnog zdravlja, smanjenju osjećaja usamljenosti te jačanju zajedničkog identiteta unutar doma. Rezultati istraživanja ukazuju da bi sustavno i kontinuirano ulaganje u dodatne sadržaje u hrvatskim domovima, uz prilagodbu različitim potrebama korisnika, znatno unaprijedilo njihovu socijalnu uključenost, emocionalnu dobrobit i ukupnu kvalitetu života.

U okviru analize zadovoljstva korisnika doma zdravstvenom skrbi, posebna pažnja posvećena je učestalosti dolazaka liječnika, dostupnosti medicinskih pregleda i percepciji kvalitete liječničke skrbi. Od ukupno 124 korisnika, čak 87 korisnika (70,2 %) izrazilo je nezadovoljstvo pregledima i brigom liječnika koji su zaduženi za korisnike doma. Njihova glavna primjedba odnosi se na rijetke dolaske liječnika i nedostatak individualnog pristupa pri pregledima. Od ukupnog broja korisnika

Tablica 4. Stavovi korisnika o provođenju fizikalne terapije u domovima za starije osobe

Kategorija korisnika	Broj korisnika	Udio (%)
Iznimno zadovoljni provođenjem rehabilitacije	48	38,7 %
Smatraju da rehabilitacija mora biti svakodnevna	52	41,9 %
Nisu obuhvaćeni fizikalnom terapijom (nedostatak kadra)	24	19,4 %
Ukupno	124	100 %

Tablica 5. Zadovoljstvo korisnika dodatnim sadržajima u domovima za starije osobe

Kategorija korisnika	Broj korisnika	Udio (%)
Zadovoljni dodatnim sadržajima	79	63,7 %
Djelomično zadovoljni	31	25,0 %
Nezadovoljni (nedostatak dodatnih sadržaja)	14	11,3 %
Ukupno	124	100 %

Tablica 6. Zadovoljstvo korisnika pregledima i brigom liječnika

Stupanj zadovoljstva	Broj korisnika	Postotak (%)
Nisu zadovoljni	87	70,2 %
Djelomično zadovoljni	20	16,1 %
Zadovoljni	17	13,7 %
Ukupno	124	100 %

koji su sudjelovali u istraživanju, 20 korisnika (16,1 %) izjasnilo se kao djelomično zadovoljno, naglašavajući da je liječnička skrb dostupna, ali da bi učestalost i kvaliteta posjeta mogli biti bolji. Samo 17 korisnika (13,7 %) u potpunosti je zadovoljno liječničkom skrbi, navodeći da im je dostupnost liječnika i kvaliteta pregleda na zadovoljavajućoj razini.

Usporedba s vrijedećim hrvatskim pravilnicima pokazuje da domovi za starije osobe moraju osigurati dostupnost osnovne zdravstvene skrbi te redovite liječničke preglede prema potrebama korisnika. Rezultati pokazuju da se ti standardi u praksi ne provode dosljedno, posebno u manjim domovima, kamo liječnici dolaze rjeđe ili prema rasporedu koji ne omogućuje individualiziranu skrb. Nedostatak učestalih posjeta i personaliziranog pristupa izravno utječe na osjećaj sigurnosti i zadovoljstva korisnika. Europski primjeri dobre prakse pokazuju učinkovitije modele organizacije liječničke skrbi. U Švedskoj i Danskoj domovi za starije imaju stalno dostupnog liječnika ili tim interdisciplinarnih zdravstvenih stručnjaka koji redovito prate zdravstveno stanje korisnika.¹⁴ Individualizirani pristup, preventivni pregledi i dostupnost u hitnim situacijama omogućuju visoku razinu zadovoljstva i smanjuju rizik od pogor-

šanja zdravstvenog stanja. U Nizozemskoj se dodatno primjenjuje model integrirane skrbi, gdje liječnici i medicinske sestre zajedno planiraju i provode skrb, osiguravajući pravodobnu reakciju na potrebe korisnika. Rezultati istraživanja upućuju na potrebu za sustavnim unapređenjem organizacije liječničke skrbi u hrvatskim domovima, kroz povećanje učestalosti posjeta, jačanje interdisciplinarnog rada i osiguranje individualiziranog pristupa. Takve mjere ključne su za povećanje zadovoljstva korisnika i očuvanje njihove kvalitete života.

Na otvorena pitanja o prijedlozima i poboljšanjima, u vezi s boravkom korisnika u domu, korisnici su mogli navesti što bi željeli promijeniti u domu radi poboljšanja kvalitete života te je izdvojeno nekoliko najvažnijih prijedloga.

Kao prijedlog korisnici ističu potrebu za više socijalnih kontakata i aktivnosti koje potiču međusobno druženje. Smatraju da bi češća i sadržajnija zajednička događanja (radionice, druženja, kulturni i zabavni programi) pridonijela osjećaju zajedništva i smanjila osjećaj usamljenosti. Također, većina korisnika istaknula je potrebu za redovitijom fizikalnom terapijom, jer smatraju da je ključna za očuvanje pokretljivosti, smanjenje bolova i općenito poboljšanje kvalitete života. Nadalje, nagla-

šena je potreba za kvalitetnijom zdravstvenom skrbi, uz redovitije liječničke preglede, bržu reakciju na zdravstvene poteškoće i bolju organizaciju zdravstvenih usluga unutar doma. Korisnici su posebno istaknuli važnost odnosa između osoblja i korisnika. Žele više topline, razumijevanja i strpljenja u komunikaciji, jer to uvelike utječe na osjećaj sigurnosti i zadovoljstva životom u domu. Prijedlozi korisnika jasno ukazuju na potrebu za holističkim pristupom, koji ne podrazumijeva samo zdravstvenu već i socijalnu, emocionalnu i rehabilitacijsku podršku.

Zaključak

Rezultati istraživanja pokazuju da kvalitetan smještaj, raznoliki sadržaji i kontinuirane aktivnosti znatno pridonose očuvanju fizičkog i mentalnog zdravlja korisnika, smanjenju osjećaja izoliranosti te povećanju zadovoljstva životom. Ulaganja u infrastrukturu, obogaćivanje programa i individualizirane aktivnosti mogu unaprijediti kvalitetu života starijih osoba, njihovu socijalnu uključenost i dostojanstveno starenje.

Istraživanje također naglašava važnost dostupne i redovite zdravstvene skrbi, jer rijetki dolasci liječnika i ograničena zdravstvena briga ostaju jedan od ključnih izazova. Povezivanje socijalne i zdravstvene skrbi unutar doma nužno je za pružanje pravodobne i cjelovite pomoći. Korisnici su istaknuli i važnost kvalitetnih međuljudskih odnosa s osobljem i drugim korisnicima. Toplina, razumijevanje i individualni pristup zaposlenika često su jednako važni kao materijalni uvjeti te pridonose osjećaju sigurnosti, povjerenja i zadovoljstva.

Zaključno, podizanje kvalitete života u domovima zahtijeva kombinaciju infrastrukturnih ulaganja, obogaćivanja društvenih i rehabilitacijskih aktivnosti te sustavnog unaprjeđenja zdravstvene zaštite i komunikacijskih vještina osoblja. Integracijom ovih elemenata moguće je stvoriti okruženje u kojem se starije osobe osjećaju sigurno, aktivno uključeno i poštovano, što je temelj dostojanstvenog starenja.

Referencije

1. Tomek-Rosandić S, Tomasović Marčela N, Smolej Narančić N, Šostar Z, Duraković Z, Fortuna V, Lukić M. Osnove iz zdravstvene gerontologije, u: Puntarić D, Ropac D, A. Jurčev Savičević A. (ur.), Javno zdravstvo, Zagreb, 2015., str. 256–283.
2. Brajković L, Korać D, Vučenović D. Starenje i kvaliteta života umirovljenika. *Kroatologija* 2023; 14(1): 197–218.
3. Shakya N, Shakya B. Patient Satisfaction with Outpatient Physiotherapy Services in Dhulikhel Hospital, Kathmandu University Hospital, Nepal. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2019 Jan.-Mar 17(65): 317–322.
4. Herc M, Ristovski G, Telebuh M. Otago program i sprječavanje padova kod osoba starije životne dobi. *Physiotherapia Croatica* 2017; 14(Suppl)(1): 122–129.
5. Slade K, Plack CJ, Nuttall HE. The Effects of Age-Related Hearing Loss on the Brain and Cognitive Function. *Trends Neurosci*. 2020 Oct; 43(10): 810–821.
6. Državni zavod za statistiku. Procjena stanovništva Republike Hrvatske u 2021. stan-2022-3-1-procjena-stanovništva-republike-hrvatske-u-2021.pdf. ISSN 1334-0557
7. Ang GC, Low SL, How CH. Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Med J*. 2020 Mar; 61(3): 116–121.
8. Peroni L, Armaingaud D, Sanchez S, Rothan-Tondeur M. Perceptions, representations and logics of action of urinary incontinence in institutionalised elderly people: a concurrent mixed study protocol. *BMJ Open*. 2022 Mar 31; 12(3):e057639.
9. Kovač I. Specifičnosti i ograničenja u rehabilitaciji osoba starije dobi. *Fiz. rehabilit. med*. 2016; 28(1-2): 68–83.
10. Weller J, Budson A. Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Res*. 2018 Jul 31; 7: F1000 Faculty Rev-1161.
11. Chodzko-Zajko WJ PD, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, Skinner JS. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and science in sports and exercise*. 2009; 41(7): 1510–1530.
12. Thomas E, Battaglia G, Patti A, Brusa J, Leonardi V, Palma A, Bellafiore M. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine* 2019; 98(27): e16218.
13. Assander S, Bergström A, Eriksson C, Meijer S, Guidetti S. ASSIST: a reablement program for older adults in Sweden – a feasibility study. *BMC Geriatrics* 2022; 22: 618.
14. Meagher G, Szebehely M, Mears J. How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden. *Work Employ Soc* 2016; 9; 30(5): 731–749.

QUALITY OF LIFE OF ELDERLY AND ILL INDIVIDUALS IN NURSING HOMES AND RESIDENTIAL CARE HOMES IN THE REPUBLIC OF CROATIA

Summary

The quality of life of elderly and ill individuals residing in nursing homes represents one of the key issues in social care and public health in the Republic of Croatia. This paper explores the relationship between the quality of accommodation, available facilities, and organized activities and the overall satisfaction and well-being of nursing home residents. The analysis encompasses physical living conditions (room size and furnishings, accessibility, safety standards), social and recreational amenities (common rooms, libraries, gardens, therapeutic workshops), and organized activities (cultural events, sports and recreational programs, and workshops for maintaining cognitive functions). Special emphasis is placed on the role of an individualized approach in planning activities, the importance of interpersonal relationships and social support, and cooperation with the local community.

Methodology

The research was conducted using a questionnaire survey in eight nursing homes across the Republic of Croatia. A total of 124 respondents participated, selected through random sampling among residents. The inclusion criterion was preserved cognitive status, i.e., the ability to independently understand the questions and complete the questionnaire without assistance. The

questionnaire included questions related to perceptions of the accommodation quality, availability and variety of facilities, frequency and satisfaction with organized activities, and an overall assessment of quality of life. The collected data were analyzed using descriptive statistical methods to identify key factors influencing resident satisfaction.

Conclusion

The results indicate that high-quality accommodation, diverse facilities, and continuous activities significantly contribute to the preservation of physical and mental health, the reduction of feelings of isolation, and increased life satisfaction among residents. Investment in infrastructure improvements, the expansion of available programs, and the development of individualized approaches can enhance the quality of life of elderly and ill individuals, ensuring greater social inclusion and dignified aging.

Keywords: quality of life, elderly people, nursing homes, accommodation, social inclusion
