

2021.

**Izvještaj o rezultatima istraživanja:
„Kvaliteta života starijih osoba (65+) u domu za
starije osobe u vrijeme pandemije COVID-19“**



Prof. dr. sc. Ana Štambuk
Studijski centar socijalnog rada,
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Sadržaj

Uvod.....	4
Koncept kvalitete života.....	4
Dugotrajna skrb za starije osobe.....	9
<i>Domovi za starije osobe.....</i>	<i>11</i>
Istraživanja o kvaliteti života u domovima za starije u Hrvatskoj.....	12
<i>Povezanost kvalitete života i usamljenosti.....</i>	<i>15</i>
Utjecaj pandemije COVID-19 na kvalitetu života starijih osoba.....	17
Cilj.....	20
Metodologija.....	21
Ispitanici.....	21
Metode.....	21
Postupak.....	23
Obrada podataka.....	24
Rezultati i rasprava.....	25
DEMOGRAFSKA OBILJEŽJA SUDIONIKA.....	25
ZDRAVSTVENO STANJE.....	27
AKTIVNOSTI U DOMU ZA STARIJE.....	31
PODRŠKA I SOCJALNI KONTAKTI.....	38
KORIŠTENJE KOMUNIKACIJSKO INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE.....	44
DOŽIVLJAJI USAMLJENOSTI I SAMOĆE.....	50
Usamljenost.....	50
Strategije suočavanja s usamljenosti.....	55
Samoća.....	57
KVALITETA ŽIVOTA I NADA.....	61
Kvaliteta života.....	61
Nada.....	67

Povezanost zadovoljstva životom i korištenja IKT-a.....	71
Povezanost kvalitete života i nade.....	71
METODOLOŠKA OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA I	
PREPORUKE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA.....	72
Zaključak.....	74
Literatura.....	78
Prilog (Upitnik)	89

„Ako nemamo mir to je zato što smo zaboravili da pripadmo jedni drugima.“

Majka Tereza

Uvod

Ulaskom u treću životnu dob osoba je izložena određenim promjenama koje se također mogu odraziti na kvalitetu njezina života. Pod tim promjenama podrazumijevaju se odlazak u mirovinu, gubitak bliskih osoba, povećani rizici od bolesti i invalidnosti, financijska ovisnost, funkcionalna nesposobnost, socijalna izolacija, siromaštvo i preseljenje. Takve promjene mogu rezultirati potrebom starijih osoba za pomoći i potporom ne samo obitelji, nego i šire društvene zajednice. Za stariju populaciju, koja se nalazi u posljednjoj fazi života, važna je okolina i socijalni odnosi koje ostvaruju u toj okolini. Isto tako, starije osobe su usmjerene na očuvanje zdravlja (jer ga mnogi gube prisutnošću raznih bolesti) te je važno da su fizički pokretne, društveno aktivne i uključene u zajednicu kako bi se postigla veća kvaliteta života. Danas svjedočimo vremenu u kojem vlada pandemija COVID-19, a koja ima mnoge negativne posljedice na cjelokupnu populaciju, a posebno na starije osobe koje su u većem riziku od zaraze (WHO, 2020.). Pandemija COVID-19 nametnula je svijetu, a posebice starijim osobama mnogo ograničenja koja utječu na njihov život i zadovoljenje nužnih potreba kao što su: slobodno kretanje, socijalni kontakti, odnosi s obitelji i prijateljima, fizička aktivnost itd. Donošenje određenih mjera kojima se ograničava slobodno kretanje građana te se posebno preporučuje starijim osobama da ne izlaze iz svog kućanstva, odnosno doma za starije (ukoliko su smješteni u instituciju) da smanje ili ograniče obiteljska druženja i okupljanja s ciljem sprječavanja zaraze i mogućeg smrtnog ishoda - znatno su promijenile način života starijih osoba kao i njegovu kvalitetu te mogu imati štetan učinak na mentalno i fizičko zdravlje (Sepúlveda-Loyola i sur., 2020.). Stoga je cilj ovog rada ispitati kvalitetu života starijih osoba koji žive u domu za starije u vrijeme pandemije COVID–19.

Koncept kvalitete života

Kvaliteta života je koncept koji je u fokusu istraživanja znanstvenika mnogih struka i područja djelovanja. Upravo zbog toga svatko od njih ima drugačiji pogled na kvalitetu života, odnosno svatko smatra da je drugačiji indikator ključan za definiranje kvalitete života. Tako na primjer,

ekonomija gleda na kvalitetu života kroz ekonomsku situaciju odnosno kroz ekonomske prilike kućanstva, dok s druge strane medicina ključnim indikatorom smatra zdravstveno stanje organizma.

Koncept kvalitete života kroz povijest se razvijao ovisno o prilikama u društvu i stupnju razvoja društva. Tako Nussbaum (2010.) navodi kako ljudi različito shvaćaju kvalitetu života ovisno o kulturi kojoj pripadaju. U zapadnim kulturama pod kvalitetnim životom se smatra dobar život pod kojim se podrazumjeva sreća, zadovoljenje potreba, funkcioniranje u socijalnom kontekstu itd. (Ventengodt i sur., 2003.a). U početku se na kvalitetu života gledalo pod okriljem ekonomije te se sukladno tomu kvaliteta života izjednačavala sa životnim standardom. Povećanjem životnog standarda istraživanja kvalitete života došla su pod utjecaj sociologije koja ih je usmjerila na zadovoljenje osobnih i društvenih potreba. Razvojem istraživanja kvalitete života došlo se do identifikacije subjektivnih i objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života (Vuletić i Mukić, 2002.). Danas možemo govoriti o dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavskom i američkom. Skandinavski uzima u obzir objektivne indikatore kvalitete života društva kao cjeline dok američki naglašava subjektivne indikatore kvalitete života. Sukladno tome skandinavski autori su usmjereni na koncept “dobrog društva” i društvene dobrobiti kao osnovnih indikatora kvalitete života te je kvaliteta života shvaćena kao mogućnost pristupa izvorima kojima ljudi mogu kontrolirati osobnu razinu življenja i njome upravljati. Ti izvori su novac, vlasništvo, zanimanje, psihološka i tjelesna energija, društveni odnosi i sigurnost. Za razliku od skandinavskog pristupa američka istraživanja kvalitete života su primarno usmjerena na procjenu subjektivnih indikatora, među kojima su najvažniji zadovoljstvo i sreća (Lučev i Tadinac, 2008.). Međutim, kvaliteta života nije koncept koji je jednostavan. O njegovoj kompleksnosti mnogo govore i radovi različitih autora koji su nastojali definirati kvalitetu života. Provedena istraživanja nam pokazuju kako je razumjevanje kvalitete života kompleksno te kako često sa sobom nosi zbunjujuće podatke. Tako istraživanje koje u svom radu navode Vantengodt i sur. (2003.b) pokazuje i dokazuje upravo kompleksnost pojma kvalitete života. Autori nam navode kako su rezultati pokazali kako direktori u tvrtkama ne smatraju da imaju bolji i kvalitetniji život od osoba koji su “ispod njih”, zatim više obrazovane osobe, osobe koje rade na fakultetima ne osjećaju se bolje od nekvalificiranih radnika, ili jednostavnije rečeno bogati se ne osjećaju bolje nego siromašni. To dovodi do zaključka kako novac, moć i obrazovanje ne vode nužno do boljeg i kvalitetnijeg života. Kvaliteta života koju opisuje Cummins (2005.) može biti shvaćena kao koncept koji je

multidimenzionalan i pod utjecajem osobnih i okolišnih faktora i njihovih interakcija; sadržava iste komponente za sve ljude; sadržava objektivne i subjektivne komponente te je unaprijeđena samoodređenjem, resursima, svrhom u životu i osjećajem pripadanja.

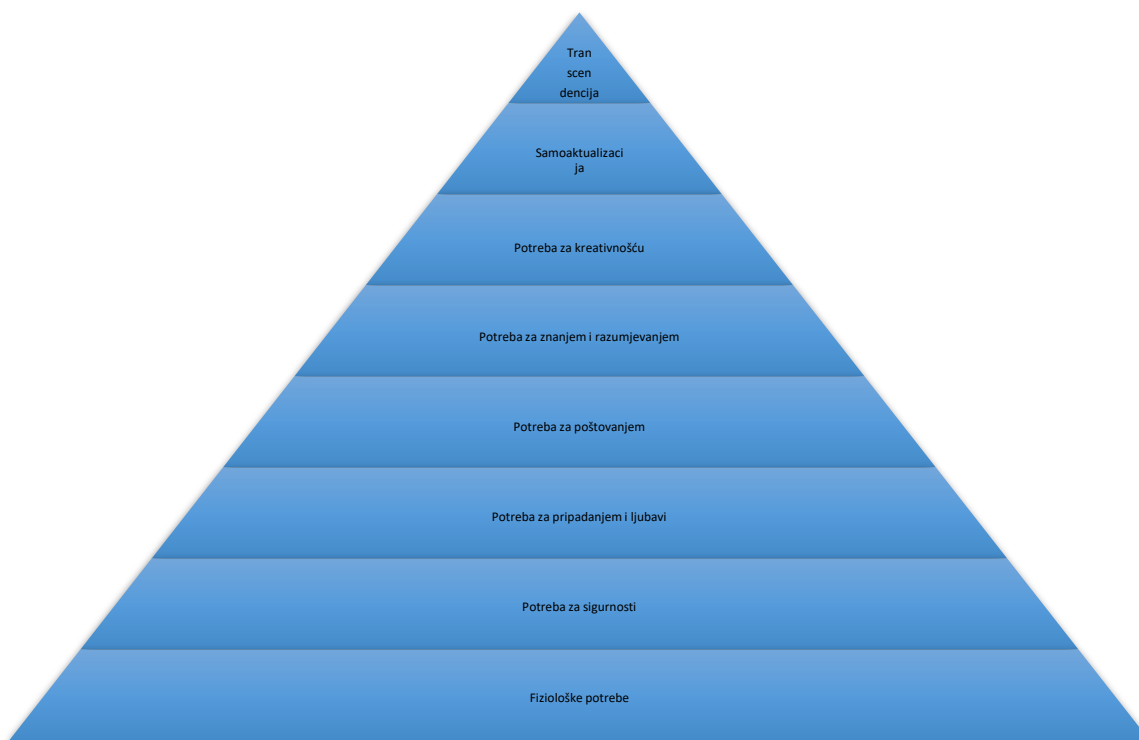
Krizmanić i Kolesarić (1989.) opisuju kvalitetu života kao psihološku kategoriju koja ne proizlazi iz zadovoljavanja osnovnih potreba, već iz ukupne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi i temelji se na subjektivnoj procjeni. Browne i suradnici (1994.) kvalitetu života definira kao stalnu interakciju utjecaja vanjskih uvjeta na život pojedinca i subjektivne percepcije tih uvjeta. Ipak, najčešće korištena definicija je ona Svjetske zdravstvene organizacije koja definira koncept kvalitete života kao percepciju položaja pojedinaca u kontekstu kulture i vrijednosnih sustava u kojima žive i u odnosu na njihove ciljeve, očekivanja, standarde i brige (WHO, 1998.).

Kvaliteta života se može smatrati kao krovni pojam koji obuhvaća mnoge aspekte života koji se mogu tumačiti kao dobri ili loši (Ventegodt i sur., 2003.b). Za razliku od kvalitete života, pojam osobne kvalitete života se odnosi na složenu konstrukciju diskretnih područja pri čemu se izdvaja osam univerzalnih područja. Ova univerzalna područja praćena su kombinacijom drugih područja, karakterističnih i jedinstvenih za određenog pojedinca i tu se manifestira subjektivnost i jedinstvenost osobne kvalitete života pojedinca (Vuletić i Mujkić, 2002.). No kako bi bili u mogućnosti u potpunosti shvatiti kvalitetu života moramo biti svjesni i ograničenja. Ograničenja se mogu svrstati u više podvrsta: prirodni resursi, raspoloživa znanja, priroda čovjeka, energetska prag itd. (Milivojević i sur., 2011.). Ograničenja nam u jednom trenutku mogu ugroziti kvalitetu života. U nastavku rada prikazat ćemo neke teorijske okvire kvalitete života.

Hijerarhija potreba (Maslow)

Jedna od prvih teorija na kojima se temelji teorija kvalitete života je Maslowljeva teorija potreba. Maslow je smatrao dobrim životom onaj život u kojem su ispunjene potrebe. On je smatrao da sreća, zdravlje i sposobnost funkcioniranja dolaze kada se preuzme odgovornost za zadovoljenje potreba, što znači da moramo “upoznati sami sebe” dovoljno da bi znali koje potrebe su nama najvažnije. Kako bi olakšao put saznanja Maslow je nastojao dati “putokaz” osobnog razvoja koji je univerzalan za sve ljude. Taj “putokaz” sadržavao je određeni redoslijed potreba koje trebaju biti zadovoljene kako bi se prešlo u novu razinu (odnosno novu potrebu)

se te tako postigla potpuna kvaliteta života (Slika 1). Na dnu se nalaze osnovne potrebe koje trebaju biti zadovoljene, zatim idu sve složenije i na kraju dolazi najsloženija – transcendencija (Ventegodt i sur., 2003.d).



Slika 1. Maslowljeva hijerarhija potreba (prema Ventegodt i sur., 2003.d)

Integrativna teorija kvalitete života

Ova teorija se razvila u zapadnim zemljama i uključuje tri grupe indikatora koji se međusobno isprepliću i koji utječu jedan na drugog te predstavljaju jedan aspekt kvalitete života. Tako govorimo o subjektivnoj, egzistencijalnoj i objektivnoj kvaliteti života. *Subjektivna* kvaliteta života odnosi se na to što pojedinac smatra koliko kvalitetan život ima. Svaki pojedinac procjenjuje poglede na svijet, svoje osjećaje i pojam o svijetu. Zadovoljstvo životom i sreća su aspekti koji utječu na subjektivnu kvalitetu života pojedinca. *Egzistencijalna* kvaliteta života znači koliko je dobar život pojedinca na jednoj dubljoj razini. Pretpostavka je da pojedinac ima dublju prirodu (stranu) koja zaslužuje poštovanje i s kojom pojedinac može živjeti u ravnoteži. Možemo smatrati kako se mnoge potrebe u našoj prirodi moraju ispuniti, te da ovi faktori -

poput uvjeta odrastanja moraju biti optimalni, ili da svi moramo živjeti život u skladu s određenim duhovnim i religioznim idealima određenim prirodom našeg postojanja. *Objektivna* kvaliteta života znači kako kvalitetu života pojedinca procjenjuje društvo/zajednica u kojoj živi. Objektivna kvaliteta života otkriva se u mogućnosti pojedinca da se prilagodi značenjima i vrijednostima kulture u kojoj živi te nam govori malo o životu te individue. Primjer je društveni status ili statusni simbol koji osoba mora imati kako bi bila dobar član kulture.

Dakle, iz navedenih aspekata proizlaze slijedeći indikatori kvalitete života (Ventegodt i sur., 2003.a):

1. Blagostanje

Najprirodniji aspekt subjektivne kvalitete života je upravo blagostanje. Kvalitetu života pod ovim aspektom vidimo u uvjetima procjene koju pojedinac daje svom životu.

2. Zadovoljstvo životom

Ljudi su uglavnom manje zadovoljni životom nego što nam to ukazuje njihovo blagostanje. Ljudi se mogu osjećati dobro bez da su zapravo zadovoljni ukupnim životom. U globalu gledano, uvijek postoji nešto čime nismo zadovoljni ili što bismo htjeli promijeniti. Biti zadovoljan znači smatrati kako je život upravo onakav kakav mi želimo. Većina teorija kvalitete života je usmjerena upravo na zadovoljstvo životom. Problem koji se javlja prilikom korištenja zadovoljstva života je u tome što kvaliteta života nije samo zadovoljstvo životom.

3. Sreća

Sreća je jedan od važnijih aspekata kvalitete života - utječe na svaki aspekt našeg života i ima veliku ulogu u doživljavanju i procjenjivanju situacija, okoline i vlastitog života (Ventegodt i sur., 2003.b). Sreća nosi sa sobom mnoga značenja. Biti sretan ne znači samo biti veseo i ispunjen. To je poseban osjećaj koji je dragocjen i veoma poželjan, ali teško postignut. Mnogo puta se koncept sreće povezuje s ljudskom prirodom i podrazumjeva borbu pojedinca za ono što mu je važno.

4. Smisao života

Smisao života je važan koncept koji se rijetko koristi. O ovome razgovaramo samo s najbližim prijateljima i obitelji. Ljudi koji traže smisao u životu često mogu biti suočeni sa zbunjujućim situacijama, u kojim su pogledi na život često suprostavljeni. Problem smisla života je u tome što često može biti izgubljen i samim tim ljudi mogu biti dovedeni u zbunjujuće ponekad i opasne situacije (poput npr. pokušaja samoubojstva). Bit smisla života svodi se na shvaćanje svih mogućnosti i potencijala u životu (Ventegodt, 2003.b).

5. Biološki potencijal

Ovaj indikator se tiče fundamentalne i biološke konstrukcije čovjeka. Svaki živi organizam sadrži određene informacije koje reflektiraju njegov razvoj i napredak. Također, svaki živi organizam – od bakterije do čovjeka – ima želju za životom (Ventegodt i sur., 2003.c). S biološkog pogleda čovjek je živi organizam, skup stanica koje kroz intenzivnu razmjenu informacija shvaća dublji biološki potencijal koji kreira ljudsko postojanje. Biološko zdravlje je usko vezano uz psihološko zdravlje te se može reći kako psihološko stanje reflektira biološko stanje. Zdravlje je važno za kvalitetu života te se često upravo sama kvaliteta života odnosi na zdravstveno stanje (Ventegodt i sur., 2003.a).

6. Realizacija životnih potencijala

Ljudi se konstantno razvijaju. Prilikom realizacije životnih potencijala povezujemo se sa stvarnošću na više razina. Ljudi u svom razvoju koriste mnogo svojih potencijala kako bi dosegli određenu životnu razinu u kojoj će biti zadovoljni i ispunjeni. Ljudski potencijali su bezbrojni: od kreiranja aktivnosti, dobrih socijalnih odnosa, obavljanja značajnog posla, zasnivanja obitelji, življenja ispunjenog života (Ventegodt i sur., 2003.a).

7. Zadovoljenje potreba

Koncept zadovoljenja potreba je površan i uvelike kulturološki uvjetovan. Zadovoljenje potreba se tradicionalno povezuje s kvalitetom života te se često smatra kako je kvaliteta života visoka ukoliko je više potreba zadovoljeno. Potrebe su često zajedničke svim ljudima i snažno su povezane s ljudskim željama (Ventegodt i sur., 2003.a).

8. Objektivni faktori

Objektivni faktori su lako određivi i oni se odnose na prihode, bračni status, zdravstveno stanje i broj kontakata s drugim ljudima na dnevnoj razini. Ovi faktori su često povezani s kulturom u kojoj živimo (Ventegodt i sur., 2003.a).

Navedene teorije nisu jedine, no obuhvaćaju indikatore koji se najčešće upotrebljavaju prilikom mjerenja kvalitete života.

Dugotrajna skrb za starije osobe

Dugotrajna skrb je fenomen koji se može opisati kao odgovor na demografske promjene s kojima se suočavaju sve zemlje svijeta (Mali, 2019.). Dugotrajna skrb za osobe starije životne

dobi označava pristup skrbi prema starijim osobama koje su ovisne o tuđoj pomoći u svakodnevnom životu tijekom duljeg vremenskog razdoblja. Pristup se temelji na solidarnosti i njime se želi osigurati širok te bolji opseg prava i usluga starijim osobama, uz njihovo intergriranje u zajednicu (Österle, 2011.). Sukladno tome, primatelji dugotrajne skrbi su nemoćne starije osobe koje su u pravilu starije od 80 godina te starije osobe koje imaju fizičke ili mentalne smetnje pa im je potrebna svakodnevna pomoć i podrška. Najčešći uzrok potrebe za dugotrajnom skrbi u starijoj dobi su kronične bolesti (Jedvaj i sur., 2014.).

U većini europskih zemalja dugotrajna skrb razvila se iz programa socijalne pomoći, a ne iz sustava zdravstvene zaštite (Nagode i Lebar, 2019.), te je tijekom posljednja dva desetljeća postala temeljno pitanje za kreatore socijalne politike. Među zemljama članicama EU postoje razlike u uslugama dugotrajne skrbi u pogledu opsega usluga, pokrivenosti stanovništva i organizacije rada (Jedvaj i sur., 2014.). Trendovi u pogledu dugotrajne skrbi koji obilježavaju većinu zemalja EU odnose se na prioritiziranje kućne njege i neformalne skrbi, podupirući time koncept „starenja na mjestu“ (Nagode i Lebar, 2019.). Osim kućne njege, zemlje EU fokusirane su i na razvoj usluga skrbi u lokalnoj zajednici, ali ipak uz razvijanje kvalitetne institucionalne skrbi koja mora postojati za osobe s najtežim oblicima raznih bolesti zbog kojih starije osobe gube fizičku i psihičku samostalnost i neovisnost (Jedvaj i sur., 2014.). Istaknuto je da svatko ima pravo na pristupačne i kvalitetne usluge dugotrajne skrbi, posebno usluge kućne njege i usluge u zajednici (Europska komisija, 2018., prema Nagode i Lebar, 2019.).

U zemljama članicama Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) u 2017. godini oko 10.8% osoba starijih od 65 i više godina bili su primatelji dugotrajne skrbi. U usporedbi s 2007. godinom taj se udio povećao za 5%. Korisnici dugotrajne skrbi su pretežito osobe starije od 80 godina sa udjelom od 51%, dok 27% čine osobe u dobi od 65 do 79 godina (OECD, 2019.). Dugotrajna skrb obično se financira iz različitih izvora uključujući poreze, obvezno socijalno osiguranje, dobrovoljno privatno osiguranje i tzv. „plaćanje iz džepa“ (Europska komisija, 2014., prema Nagode i Lebar, 2019.). Postoje velike razlike među europskim zemljama u pogledu javnog i privatnog financiranja dugotrajne skrbi, s time da i dalje prevladava plaćanje samih korisnika, a ne iz poreza i osiguranja (Europska komisija, 2016., prema Nagode i Lebar, 2019.). U Hrvatskoj je dugotrajna skrb pretežito financirana iz državnog

proračuna, djelomično iz lokalnih i regionalnih proračuna, a usluge ove skrbi mogu biti i sufinancirane od strane korisnika ili članova njegove obitelji (Europska komisija, 2019.). Tijekom posljednja dva desetljeća povećavaju se troškovi dugotrajne skrbi u smislu BDP-a u većini europskih zemalja. Skandinavske države i zemlje srednje Europe trenutno najviše izdvajaju za ovaj oblik skrb, a zemlje jugoistočne Europe najmanje (Spasova i sur., 2018., prema Nagode i Lebar, 2019.). Hrvatska i Slovenija imaju dugu tradiciju zbrinjavanja starijih osoba u domove kao oblik dugotrajne skrbi, ali u Hrvatskoj nije razvijeno zakonodavstvo o dugotrajnoj skrbi (Mali i Štambuk, 2019.). S druge strane, u Hrvatskoj kulturološki bliskim zemljama Sloveniji i Češkoj uveden je institut dugotrajne skrbi u zakonodavstvo i na taj je način došlo do povećanje kvalitete i opsega usluga, ali i rasterećenja državnog proračuna (Jedvaj i sur., 2014.). Institut dugotrajne skrbi nije u svim europskim zemljama prepoznat kao poseban koncept u sustavu socijalne skrbi (Rusac i sur., 2011., prema Jedvaj i sur., 2014.), ali zato EU putem modela otvorene koordinacije radi na podizanju svijesti tih zemalja o važnosti navednog instituta (Europska komisija, 2012., prema Jedvaj i sur., 2014.). Specifičnost dugotrajne skrbi je u tome što na korisnike ne gleda kao na pasivne primatelje pomoći. Starije osobe koje imaju potrebu za dugotrajnom skrbi nalaze se u ulozi partnera u procesu pružanja skrbi (Mali, 2019.). U slučaju domskog smještaja starije osobe ne stavlja se naglasak na instituciju ili na stručnjake koji rade u njoj, nego na same starije osobe kojima je potrebna takva skrb (Mali, 2019.). Na taj se način želi omogućiti starijoj osobi da suodlučuje o količini i vrsti usluga koje će primati, s ciljem da vodi što je moguće samostalniji život.

Domovi za starije osobe

Domovi za starije predstavljaju jedan oblik dugotrajne skrbi (Henderson i Vesperi, 1995.). Riječ je o institucijama namijenjenim zbrinjavanju i pružanju brige za osobe starije životne dobi koje više nisu sposobne brinuti se o svojim osnovnim životnim potrebama (Lovreković i Leutar, 2010.). Domovi za starije i nemoćne osobe su najrašireniji i najrazvijeniji oblik dugotrajne skrbi za starije osobe (Mali, 2019.). Hrvatska ima dosta dugu tradiciju zbrinjavanja starijih osoba u domovima na razini formalne skrbi (Mali i Štambuk, 2019.).

Iskustvo života u domovima za starije osobe izrazito je subjektivnog značenja. Unatoč objektivnim čimbenicima domskog okruženja u kojem pojedinac živi, individualna percepcija tih istih faktora određuje subjektivnu kvalitetu života. Korisnici domova za starije uzimaju u

obzir uvjete života u domu te ih uspoređuju sa svojim cjelokupnim životom i njegovim smislom (Henderson i Vesperi, 1995.). Općenito su istraživanja o kvaliteti života u domovima za starije osobe usmjerena na praćenje cjelokupne kvalitete ustanove, ali i na tretmane i odluke u vezi skrbi (Schenk i sur., 2013.). Život starijih osoba u domovima obično se odvija po tzv. cikličkom obrascu događaja, odnosno postoji rutina njihovog svakodnevnog života u domovima. Takve rutine mogu utjecati na kvalitetu života (Henderson i Vesperi, 1995.). Unatoč različitim prigovorima na domski smještaj, postoji stalna potražnja za slobodnim mjestima u domovima. Temeljni prigovor odnosi se promjenu mjesta boravišta, odnosno na izdvajanje starije osobe iz njezina socijalnog i fizičkog okruženja, te predstavlja jedan od velikih stresora u životu starije osobe (Štambuk, 1998.). Takva promjena može imati značajne posljedice u smislu socijalne izolacije i teškoća u adaptaciji na novu sredinu (Štambuk, 2001.). U Hrvatskoj je više od 2/3 domova za starije i nemoćne osobe privatnog tipa (Europska komisija, 2019.). U privatnim domovima ima slobodnih mjesta zbog viših cijena privatnih osnivača, dok u javnim domovima nema slobodnih smještajnih kapacitet te je potrebno čekati 8-10 godina. Zanimljiva činjenica je da direktan utjecaj na kvalitetu života u domovima mogu imati posjete obitelji i rodbine, ali da taj utjecaj ne mora nužno biti pozitivan (Henderson i Vesperi, 1995.). Kako je već ranije spomenuto, Gabriel i Bowling (2004.) tvrde da pozitivan utjecaj na zadovoljstvo vlastitim životom kod starijih osoba imaju odnosi s bliskim osobama. Osobito su im važni odnosi s unucima jer se tijekom vremena provedenog s njima osjećaju istovremeno voljeno i korisno, jer im primjerice mogu davati savjete. Isto vrijedi i za starije osobe u domskom smještaju. Međutim, u ovom slučaju kod nekih starijih osoba posjete rodbine mogu na suptilan način ojačati osjećaj separacije od njih u svakodnevnom životu jer, iako ih često viđaju, uglavnom više ne mogu očekivati da će ponovno živjeti s njima (Henderson i Vesperi, 1995.).

Istraživanja o kvaliteti života u domovima za starije u Hrvatskoj

Za 21. stoljeće kaže se da je stoljeće osoba starije životne dobi zbog relativno brzog i stalnog povećanja udjela ove populacije u društvu (Nagode i Lebar, 2019.). Time osobe treće životne dobi postaju dominantna grupa u strukturi stanovništva i kao takvoj treba joj pridati potrebnu pažnju (Jedvaj i sur., 2014.). Sukladno tome, gerontološka istraživanja već neko vrijeme nastoje identificirati opća obilježja „dobrog života“ u starijoj životnoj dobi. Nešto je manji broj istraživanja koja su fokusirana na starije osobe koje se nalaze u domskom smještaju. Jedan od

razloga tome jest činjenica kako domovi za starije osobe imaju karakteristike „potpune institucije“ ili „zatvorenog mikrosustava“ te je potrebno dobiti odobrenje institucije za ispitivanje njezinih korisnika (Schenk i sur., 2013.).

Nedostatci ranijih istraživanja mogu se podijeliti u dvije skupine. S jedne strane, u velikom broju istraživanja nije se pitalo starije osobe, korisnike domova što im je važno, nego su umjesto njih pitali njihovu rodbinu ili osoblje domova. Također, odgovori korisnika domskog smještaja i njihove rodbine ili zaposlenika nisu se uvijek analizirali zasebno. Naime, istraživanja u kojima su se odvojeno analizirali odgovori korisnika i osoblja ukazuju na razlike između njihovih izvještaja o kvaliteti života. Subjektivna percepcija korisnika domskog smještaja je važna jer pruža dodatne i relevantne informacije te proširuje perspektivu o kvaliteti domova. S druge strane, istraživanja kvalitete života u domovima za starije i nemoćne osobe često su ograničena na samo određene aspekte. Prvenstveno riječ je o zdravstvenom aspektu i aspektu njege, dok se ostali aspekti odnosno multidimenzionalni karakter kvalitete života podcjenjuje. Aspekti zdravlja i njege jesu važni, ali oni su samo neke od dimenzija kojima starije osobe dodjeljuju subjektivnu važnost (Schenk i sur., 2013.). U nastavku slijedi prikaz pregleda rezultata provedenih istraživanja o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije u Hrvatskoj.

Istraživanjem provedenim na području Grada Zagreba utvrđeno je postojanje pozitivne povezanosti između aspekata kvalitete života i zadovoljstva uslugama doma. To bi značilo da će starije osobe koje su zadovoljnije domskim uslugama procijeniti svoju kvalitetu života u domu boljom. Subjektivna kvaliteta života procijenjena je znatno boljom u odnosu na objektivnu, a ukupna kvaliteta života ocijenjena je osrednjom (Lovreković i Leutar, 2010.). Starije osobe u domskom smještaju na području Istarske županije svoju su kvalitetu života u domu ocijenili kao vrlo dobru ($M=37,5$, u rasponu od 19,6 do 48) (Glavina, 2019.).

Financijska neovisnost najlošije je procijenjen indikator kvalitete života u domu. Preko polovice ispitanika svoju financijsku samostalnost doživljava osrednjom, nešto manje od petine ispitanika, tj. 19,6% njih smatra da nisu financijski neovisni, a da su financijski samostalni tvrdi oko 1/5 sudionika. Dostatna mirovina trebala bi biti temeljna financijska sigurnost za osobe starije životne dobi, ali samo 24,4% sudionika smatra da može spokojno živjeti sa svojom mirovinom. Preostalih 75,5% sudionika potreban je dodatni izvor financiranja poput pomoći članova obitelji, uštedevine ili socijalne pomoći (Lovreković i Leutar, 2010.). Slične rezultate dobila je Stiplošek Horvat (2017.) na području Krapinsko-zagorske županije. Prema podacima

iz njenog istraživanja 58% sudionika prima mirovinu, a 64% prima drugu financijsku pomoć. Iz toga proizlazi da su starije osobe u više od 2/3 slučajeva ovisne o nekom drugom izvoru financijske pomoći, što je negativan preduvjet za spokojan život, odnosno loše utječe na kvalitetu života. Također, utvrdilo se da postoji statistički značajna povezanost financijske samostalnosti i jedne usluge u domu, a to su druženje i aktivnosti. Ta povezanost zapravo znači da će starija osoba koja ima veću ekonomsku neovisnost imati i veće zadovoljstvo druženjem u domu (Lovreković i Leutar, 2010.) Najčešći razlog potrebe za dugotrajnom skrbi u starosti jesu kronične bolesti. Stiplošek Horvat (2017.) je u istraživanju dobila da ukupno 64% sudionika ima kroničnu bolest, od čega 18% boluje od nje više od godinu dana, a 46% više od pet godina. Također, drugi razlozi dolaska u ustanovu su osamljenost i nemogućnost brige o sebi (Štambuk i sur., 2014.). Veća očuvanost zdravlja znači veće zadovoljstvo domskim uslugama, što posljedično znači veću kvalitetu života. 48,4% sudionika smatra da je njihovo zdravlje dobro ili izrazito dobro, 30% procjenjuje svoje zdravlje kao osrednje, dok 21,6% smatra da im je loše ili izrazito loše zdravlje (Lovreković i Leutar, 2010.). Kontakti s obitelji predstavljaju faktor koji može ostvariti direktan utjecaj na kvalitetu života u domu. Rezultati istraživanja provedenog na području Krapinsko-zagorske županije pokazuju kako većina sudionika, njih 88% komunicira sa svojom djecom, rodbinom i prijateljima, od čega 68% često uspostavlja kontakt s njima, a 24% rijetko. Ukupno 12% starijih osoba nema nikakav odnos sa svojom obitelji (Stiplošek Horvat, 2017.). Na području Istarske županije pokazalo se da starije osobe u domovima najčešće posjećuju njihova djeca 62,7%, potom njihovi unuci 60%. Najviše sudionika ima posjete po više puta mjesečno 38,2%, a samo 12,7% ima posjete po više puta tjedno. S druge strane, 6,4% sudionika navelo je da ih nitko ne posjećuje (Glavina, 2019.). Također, Glavina (2019.) je u svojem istraživanju ispitala kako učestalost posjeta od strane obitelji i prijatelja utječe na kvalitetu života. Sudionici koji nisu imali posjete znatno su manje kvalitetnim procijenili osobne odnose, sigurnost, autonomiju i individualnost, a značajno kvalitetnijim su procijenili prisutnost smislenih aktivnosti i poštivanje dostojanstva. S druge strane, sudionici koji su imali puno posjeta, boljim su procijenili osobne odnose, prisutnost smislenih aktivnosti i duhovno blagostanje. Socijalne interakcije su dvosmjerne i temelje se na primanju i davanju. Kod starijih osoba povećava se osjećaj korisnosti, vrijednosti, dostojanstva i samopoštovanja kada su u mogućnosti s drugima podijeliti resurse koje posjeduju i kada ih primaju od drugih. Dostojanstvo i samopoštovanje predstavljaju važan izvor zadovoljstva,

osobito u starijoj životnoj dobi (Dobrotić i Laklija, 2009.).

Na kvalitetu života pozitivno će utjecati zadovoljstvo životnim postignućima i zadovoljstvo vlastitim životom jer će zbog njih biti veće i zadovoljstvo domskim uslugama (Lovreković i Leutar, 2010). Stiplošek Horvat (2017.) je u istraživanju dobila rezultat kako svega 8% starijih osoba želi živjeti u domu za starije, dok 92% želi živjeti u vlastitom domu. Naime, ako neka starija osoba ne želi živjeti u domu teško je moguće da će njezino zadovoljstvo životom u domu i domskim uslugama biti velika (Lovreković i Leutar, 2010.). Od domskih usluga najbolje je procijenjeno zadovoljstvo uslugama osoblja za koje 91,2% sudionika izrazilo da su zadovoljni ili vrlo zadovoljni. Pod tome se osobito misli na ljubaznost osoblja, spremnost osoblja da im pomogne, briga o čistoći i na medicinsko osoblje. Nestručna radna snaga koja radi u domovima za starije i nemoćne često pridonosi nižem zadovoljstvu boravkom i životom u domovima (Schaie i Willis, 2001.). Ispitanici su najmanje zadovoljni druženjem i aktivnostima u domu za koje je 8,4% sudionika izrazilo da su jako nezadovoljni ili nezadovoljni. Uzrok ovome može biti i činjenica da je financijska neovisnost najlošije procijenjen aspekt kvalitete života, a on je statistički značajno povezan s ovom vrstom usluga u domu. Također, razlog tome može biti nedostatak različitih sadržaja ili pak nezainteresiranost i neaktivnost starijih osoba (Lovreković i Leutar, 2010.). Kvalitetom provođenja smislenih aktivnosti najmanje su zadovoljne i starije osobe u domovima na području Istarske županije, ali i individualnim pristupom (Glavina, 2019.).

U domovima Istarske županije poštivanje dostojanstva jedino je procijenjeno odličnom ocjenom. Autonomija, sigurnost, poštivanje privatnosti, funkcionalne kompetencije i hrana procijenjeni su kao vrlo dobre kvalitete, a osobni odnosi i komfor procijenjeni su kao dobre kvalitete. Samo dovoljnom kvalitetom procijenjene su smislene aktivnosti, duhovno blagostanje i individualni pristup te su to područja u kojima je posebno izražena potreba za poboljšanjem. Uočene su i neke razlike između korisnika privatnih i državnih domova za starije i nemoćne osobe. Korisnici privatnih domova kvalitetnijim su procijenili autonomiju, komfor, prisutnost smislenih aktivnosti, osobne odnose i individualni pristup u odnosu na korisnike državnih domova. S druge strane, starije osobe u državnim domovima kvalitetnijim su procijenili poštivanje dostojanstva, funkcionalne kompetencije i hranu (Glavina, 2019.). Bolja procjena kvalitete u privatnim domovima od strane starijih osoba može se između ostalog

objasniti strukturom doma, jer upravo ona ima značajan utjecaj na život korisnika. Pokazalo se da starije osobe u manjim domovima u kojima ima manji broj korisnika lakše sklapaju prijateljstva s drugim korisnicima i osobljem. To je povezano s činjenicom da manji domovi više nalikuju obiteljskim kućama pa je stoga lakša adaptacija starijih osoba na novu situaciju i način života. Drugim riječima, porastom veličine ustanove smanjuje se učestalost komunikacije i aktivnosti korisnika pa se naposljetku smanjuje razina zadovoljstva.

Povezanost kvalitete života i usamljenosti

Usamljenost se često spominje kao jedan od najvažnijih problema starenja (Wenger i sur., 1996., prema Vuletić i Stapić, 2013.). U novije vrijeme usamljenost starijih osoba predstavlja brigu mnogih zemalja (Musich i sur., 2015.), odnosno postaje važno javnozdravstveno pitanje (Aartsen i Jylha, 2011.). Iako se usamljenost ne javlja isključivo samo kod osoba treće životne dobi, pokazalo se da je učestalija u ovoj populaciji te da između 12% do 46% starijih osoba doživi neki oblik usamljenosti (Aartsen i Jylha, 2011.). U Europskoj uniji 44% osoba starijih od 65 godina navodi kako im je usamljenost najizraženiji problem (Walker, 1993.). Pojam usamljenosti može se definirati na više načina. Međutim, ono što bi bilo zajedničko većini definicija jest element subjektivnosti koji se veže za njih. Jedna od definicija tvrdi da je riječ o subjektivnom iskustvu koje je negativno i bolno, a javlja se kao posljedica manjka socijalnih odnosa osobe (Lacković-Grgin, 2008.). Uz to, usamljenost može biti shvaćena i kao stanje koje karakteriziraju negativne emocije, povezane sa subjektivno doživljenom socijalnom isključenošću (Wenger i sur., 1996., prema Vuletić i Stapić, 2013.). Drugim riječima, usamljenost predstavlja neugodan osjećaj zbog percipirane neusklađenosti između željenih i stvarnih socijalnih odnosa pojedinca, bilo u pogledu njihove kvalitete ili kvantitete (Aartsen i Jylha, 2011.). Usamljenost zauzima veliku i važnu ulogu u subjektivnom osjećaju zadovoljstva životom (Wenger i sur., 1996., prema Vuletić i Stapić, 2013.).

Osobe starije životne dobi izložene su mnogobrojnim i različitim faktorima koji mogu rezultirati usamljenošću ili negativnim životnim iskustvima (Rokach, 2001.). Neki od tih čimbenika su gubitak životnih uloga, smrt supružnika i prijatelja, umirovljenje te bolest (Vuletić i Stapić, 2013). Tu se uočava sličnost sa čimbenicima koji utječu i na kvalitetu života. Sa

pojačanim osjećajem usamljenosti više su povezane okolnosti poput gubitka partnera, smanjenja socijalnih druženja, tjelesnog invaliditeta, pojačanog osjećaja niskog raspoloženja, nervoze i beskorisnosti, niža primanja nego li neka osobna obilježja poput spola (Aartsen i Jylha, 2011). Rezultati istraživanja o spolnoj razlici u pogledu doživljene usamljenosti ukazuju na postojanje male razlike, koja je neuvjerljiva (Dykstra i De Jong Gierveld, 2004., prema Aartsen i Jylha, 2011.). Nadalje, Brajković (2010.) navodi da smanjenje broja prijateljstava, gubitak životnih uloga te smanjena aktivnost pojedinca u raznim životnim područjima, izabrani svojom voljom ili nametnuti od okoline, mogu biti pokretači socijalne izolacije i usamljenosti starije osobe. Usamljenost je negativno povezana sa srećom, samopoštovanjem i općim zadovoljstvom životom, što često dovodi do razvoja niza tjelesnih bolesti koje mogu imati i tragične posljedice za starije osobe. Neka istraživanja ukazuju na korelaciju usamljenosti i funkcionalnog pada (Aartsen i Jylha, 2011.) te smanjenja fizičke aktivnosti (Dahlberg i McKee, 2014., prema Musich i sur., 2015.).

Dosadašnja istraživanja provedena s temom utjecaja usamljenosti na kvalitetu života ukazuju na to da usamljenost smanjuje kvalitetu života (Dahlberg i McKee, 2014., prema Musich i sur., 2015.). Također, rezultati pokazuju da teška i umjerena usamljenost uvelike smanjuju fizičku i psihičku komponentu kvalitete života. Tijekom godina, fizička komponenta kvalitete života umanjila se za 5% kod umjerene usamljenosti i 9% kod teške usamljenosti. Slični rezultati dobiveni su i za psihičku komponentu kvalitete života koja se pod utjecajem umjerene usamljenosti umanjila za 9%, a kod teške usamljenosti za 24% (Musich i sur., 2015.). Socijalni i personalni resursi važni su za blagostanje pojedinca, a njihov gubitak može imati snažan utjecaj na percepciju usamljenosti (Hobfoll, 2001., prema Aartsen i Jylha, 2011.). Štoviše, ističe se kako gubitak resursa u odnosu na stjecanje resursa ima nesrazmjerno veći utjecaj na blagostanje osobe (Hobfoll, 2001., prema Aartsen i Jylha, 2011.). Prema rezultatima longitudinalnih istraživanja moguć je oporavak osobe od usamljenosti, a on je obično povezan s poboljšanjem socijalnih odnosa i zdravlja (Aartsen i Jylha, 2011.; Victor i Bowling, 2012., prema Musich i sur., 2015.). Povećanje fizičke aktivnosti jedan je od načina borbe protiv usamljenosti (Dahlberg i McKee, 2014., prema Musich i sur., 2015.), ali nijedna intervencija ne garantira konačnu uspješnost, odnosno oporavak (Hawkley i sur., 2010., prema Musich i sur., 2015.). Rokach (2001.) navodi da starije osobe kao strategije suočavanja s osamljenošću najčešće koriste: povećanu aktivnost, socijalnu podršku te oslanjanje na vjeru i religiju.

Utjecaj pandemije COVID-19 na kvalitetu života starijih osoba

Lučev i Tadinac (2008.) navode kako se kvaliteta života mijenja ovisno o promjenama u subjektivnim i objektivnim pokazateljima kvalitete života. Svaka promjena utječe na kvalitetu života pojedinca, a osobito one promjene koje su nepovoljne za nas kao društvo. Ovo je važno istaknuti zato što je pandemija COVID-19 dovela do promjena u objektivnim pokazateljima kvalitete života, a samim time i do promjene percepcije o zadovoljstvu života. Pandemija COVID-19 očituje se u svijetu kao negativna i nepovoljna promjena koja stvara osjećaj uznemirenosti, a ujedno predstavlja izvor stresa (Chee, 2020.). Prema Tilburg i sur. (2020.) uopćavanje općih prijetnji u društvu pridonosi padu blagostanja i smanjenju kvalitete života osoba. Ipak, učinci pandemije COVID-19 variraju ovisno o socijalnim ulogama i rizičnim čimbenicima koji su prisutni kod osobe tijekom njenog životnog vijeka (Klaiber i sur., 2020.). Kao što je već navedeno, starije osobe tijekom procesa starenja doživljavaju razne promjene, a te promjene se očituju u socijalnim ulogama, radnoj aktivnosti, ali i zdravlju osobe. Što se tiče zdravstvenog stanja, starija dob je povezana s većim zdravstvenim rizicima kao što su kronična oboljenja i prisutnost komorbiditeta, nedostatak fizičke aktivnosti, narušeni imunološki sustav, što dovodi do težih komplikacija i većoj stopi smrtnosti prilikom oboljenja starijih osoba od virusa COVID-19 (Zhou i sur., 2020., prema Klaiber, 2020.). Na temelju navedenog možemo utvrditi kako starije osobe, tijekom aktualne pandemije COVID-19 spadaju u najranjiviju i najrizičniju skupinu, stoga će vjerojatno i negativano utjecati na kvalitetu života istih. U istraživanju koje je proveo Chee (2020.) u domovima za starije i nemoćne, sudionici su istaknuli kako neke ranjive osobe koje imaju respiratorne poteškoće i ostale kronične bolesti izbjegavaju interakciju s ostalim članovima doma (radi straha od zaraze), što dovodi do osjećaja usamljenosti i frustracije. Isto tako, neki sudionici su izrazili kako imaju poteškoća prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti, te smatraju kako im se cjelokupno zdravstveno stanje pogoršalo. Unatoč navedenoj zdravstvenoj ranjivosti starijih osoba, većem riziku od razvoja težih komplikacija i smrtnog ishoda prilikom oboljenja od virusa, dodatne izazove predstavlja i nemogućnost dobivanja zdravstvene skrbi u zdravstvenim ustanovama. S obzirom na to da su zdravstvene ustanove pretvorene u COVID bolnice čiji su kapaciteti prepuni, pristup adekvatnoj zdravstvenoj skrbi je onemogućen osobama čije oboljenje nije povezano s virusom COVID-19 (Jaarsveld, 2020.). Prema Jaarsveldu (2020.), ovo će posebno utjecati na starije osobe koji su u većem riziku od komplikacija i smrtnog ishoda te će ostaviti negativne učinke

na njihovo mentalno i fizičko zdravlje. Istraživanja su pokazala kako veći doživljaj prijatnje od oboljenja kod starijih osoba i manjak socijalne podrške i pomoći (šira i uža zajednica; članovi obitelji, zdravstveni djelatnici...) ostavljaju negativne posljedice na njihovo zdravlje, od kojih su najčešći stres, depresivnost i anksioznost. Tilburg i sur. (2020.) su u svom istraživanju o utjecaju pandemije na kvalitetu života starijih osoba došli do spoznaje kako su doživljaj općih prijatnji u društvu, osobni gubitci vezani uz pandemiju COVID-19 te smanjenje učestalosti socijalnih kontakata smanjili dobrobit starijih osoba. Rezultati navedenog istraživanja su također pokazali kako se tijekom pandemije COVID-19 povećala usamljenost kod starijih osoba, što je dovelo do narušenosti mentalnog zdravlja kod istih. Veći osjećaj usamljenosti kod starijih osoba i narušeno mentalno zdravlje kod istih možemo shvatiti kao negativne posljedice koje nastaju nakon osobnih gubitaka s kojima se starije osobe suočavaju tijekom pandemije. Osobni gubitci odnose se na gubitak supružnika ili drugog bliskog člana obitelji, gubitak socijalnih kontakata i odnosa s okolinom, gubitak pomoći i podrške od članova obitelji i zdravstvenog osoblja. Navedeni gubitci, prema Tilburgu i sur. (2020.) narušavaju dobrobit starijih osoba, a samim time se smanjuje kvaliteta života. Sudionici su istaknuli kako su osobno najviše pogođeni mjerama socijalnog distanciranja i smanjenja učestalosti socijalnih kontakata (Tilburg i sur., 2020.). Chee (2020.) navodi da dugotrajno socijalno distanciranje i izbjegavanje socijalnih kontakata s bliskim osobama zbog rizika od zaraze virusom COVID-19 može dovesti kod starijih osoba do većeg doživljaja stresa, prekida odnosa i nesigurnosti u vlastitu budućnost, čime se smanjuje njihovo zadovoljstvo vlastitim životom. Navedeno predstavlja veliki problem posebice za starije osobe koje se nalaze u domovima za starije i nemoćne. Mjera zabrane posjeta u domovima za starije i nemoćne stavila je starije osobe u nezavisnu poziciju, s obzirom na to da su članovi obitelji imali sekundarnu ulogu pri pružanju pomoći i podrške korisnicima doma. Uz navedenu mjeru, strah od zaraze virusom COVID-19 također je priječio starije osobe da održavaju kontakte sa svojim bližnjima (Shah i sur., 2020., prema Chee, 2020.). Nedostatak posjeta, njegovatelja i vanjske potpore za pomoć njegovateljima zbog aktualnih mjera natjerao je korisnike domova za starije i nemoćne da se prilagode prekidu odnosa sa svojim bližnjima. Korisnici jednog doma za starije i nemoćne su istaknuli kako se osjećaju uznemireno zbog izoliranosti od članova vlastite obitelji, što je ujedno smanjilo kvalitetu njihova života (Chee, 2020.). Jaarsveld (2020.) navodi kako su aktualne mjere zatvaranja, socijalnog distanciranja i smanjenja učestalosti socijalnih kontakata izolirale pojedince od društva te su ograničili pristup zdravstvenim uslugama. Iako su ove mjere potrebne kako bi se spriječilo širenje virusa i

smanjile visoke stope smrtnosti, očigledno je da pandemija COVID-19 i aktualne mjere povezane s istim ostavljaju negativne psihosocijalne i fizičke posljedice na starije osobe, što uvelike utječe na percepciju zadovoljstva vlastitim životom i smanjuje kvalitetu života u cjelini.

Većina istraživanja vezanim uz kvalitetu života starijih osoba u vrijeme pandemije COVID -19 ističe porast usamljenosti koja je kod ovih osoba ionako veća nego kod ostalih dobnih skupina (Emerson, 2020.; Kotwal i sur., 2021.; Krendl i Perry, 2021.). Informacijsko-komunikacijska tehnologija može, tijekom trajanja pandemije, poboljšati kvalitetu života starijih osoba te dugoročno stvoriti mogućnost za aktivno i zdravo starenje, povećati njihovo zdravlje, socijalnu uključenost i omogućiti im neovisan život kroz duži period (Robb i sur., 2020.).

Uzimajući u obzir navedene znanstvene spoznaje o kvaliteti života starijih osoba, odnosno različite čimbenike koji mogu utjecati na nju u ovom istraživanju smo nastojali ispitati kakva je kvaliteta života osoba starije životne dobi u vrijeme pandemije COVID-19 koji žive u domu za starije i koji su prema brojnim pokazateljima jedna od najranjivijih skupina u ovoj pandemiji, prije svega zbog svoje visoke dobi i prisutnosti komorbiditeta), dakle lošijeg zdravstvenog statusa od ostale populacije (WHO, 2020.).

Cilj

Cilj istraživanja bio je ispitati kvalitetu života osoba starije životne dobi u vrijeme pandemije COVID – 19 koji žive u domu za starije osobe.

S obzirom na specifičnost obilježja starijih osoba koje su smještene u domu za starije, kao i specifičnost novonastale situacije (pandemije COVID-19), promatrali smo neke varijable (uz samu skalu kvalitete života) za koje smo pretpostavili da će se mijenjati u odnosu na pandemiju COVID-19. To su: zdravstveno stanje, socijalni kontakti i podrška, slobodne aktivnosti, korištenje informacijsko komunikacijske tehnologije, doživljaji samoće i osamljenosti te nada.

Metodologija

Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 52 ispitanika (38 žena i 14 muškaraca). Raspon dobi se kretao od 65 do 97 ($M=82,48$; $sd=7,69$; Medijan=84). U istraživanje su uključeni ispitanici doma za starije osobe „Centar“ u gradu Zagrebu koji su dobrovoljno pristali na intervjuiranje (uz prethodno objašnjenje sadržaja i svrhe istraživanja) te su kognitivno bili u stanju razumjeti upitnik i odgovarati na pitanja. Uzorak je bio prigodni.

Metode

1. Strukturirani upitnik općih podataka

Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je upitnik koji je sadržavao pitanja o: spolu, dobi, bračnom stanju, obrazovanju. Nadalje, upitnik je sadržavao i pitanja vezana uz zdravstveno stanje: procjenu zdravstvenog stanja, stabilnost pri kretanju, učestalost pušenja i pijenja alkoholnih pića, poteškoće sa spavanjem te korištenje lijekova za spavanje. U nastavku upitnika slijedila su pitanja vezana uz aktivnosti: fizičke aktivnosti, slobodne aktivnosti, promjena aktivnosti usljed pandemije, osjećaji i doživljaji vezani uz promjene aktivnosti, mogućnost komunikacije vezane uz promjene koje su se dogodile zbog pandemije, što ih najviše raduje te kako im prođe dan. Podrška i socijalni kontakti ispitanici su sljedećim pitanjima: zadovoljstvo podrškom osoblja u domu tijekom pandemije kao i podrška ljudi izvan doma, zadovoljstvo informacijama o mjerama u domu za vrijeme pandemije, učestalost kontaktiranja s obitelji i prijateljima te način kontaktiranja. Nadalje, pomoću otvorenih pitanja o usamljenosti ispitanice su strategije o načinu suočavanja s istom.

2. Upitnik o korištenju Informacijsko komunikacijske tehnologije (IKT-a) i kvaliteti života tijekom COVID-19

Upitnik o korištenju IKT-a i kvaliteti života tijekom COVID-19 (García del Castillo-Rodríguez i sur., 2020.) sastoji se od 14 čestica. Čestice predstavljaju tvrdnje za koje ispitanici navode stupanj slaganja ili neslaganja. Upitnik obuhvaća tri dimenzije u kojima se tvrdnje 1, 2, 3, 4, 5 i 14 odnose na dimenziju zadovoljstva životom, tvrdnje 9, 10, 11 i 12 odnose se na emocionalnu podršku, a tvrdnje 6, 7, 8 i 13 odnose se na dimenziju socijalne podrške. Na 14 čestica (npr. *Ako bih ponovno morala/-o biti zatvorena kod kuće, nastavila/-o bih koristiti IKT.*) ispitanici procjenjuju svoje slaganje sa svakom od čestica na skali Likertovog tipa od 5 stupnjeva ($1 = uopće se ne slažem$, $5 = u potpunosti se slažem$). Ukupan se rezultat oblikuje kao linearna kombinacija procjena, odnosno dobiva se zbrajanjem procjena. Viši rezultat označava i višu kvalitetu života povezanu s korištenjem IKT-a tijekom trajanja COVID-19, a mogući raspon rezultata je od 14 do 70. U ovom istraživanju za upitnik IKT-a je izračunat Cronbach $\alpha = 0,95$ što ukazuje na vrlo visoku pouzdanost.

3. UCLA skala osamljenosti

UCLA skala usamljenosti (Russell i sur., 1980.) mjeri globalnu usamljenost shvaćenu kao stanje. Brojne studije, međutim, pokazuju da ta skala nije jednofaktorska, a broj faktora razlikuje se od uzorka do uzorka. Također, glede spolnih razlika u usamljenosti nisu dobiveni konzistentni rezultati u različitim uzorcima ispitanika.

Allen i Oshagan (1995.) su predložili kratku formu UCLA skale koja sadrži sedam čestica. Koeficijenti pouzdanosti tipa Cronbach alpha kretale su se u vrijednostima od .83 do .85 što je s obzirom na mali broj čestica sasvim zadovoljavajuće (Lacković-Grgin i sur., 1998.; 1998.a). U ovom istraživanju je nešto niži (Cronbach $\alpha = 0,77$).

4. Skala preferirane samoće

Skala preferirane samoće (Lacković-Grgin i sur., 1998.a) nastala je kombinacijom čestica iz dvije skale. Nekoliko čestica preuzeto je iz subskale „željene samoće”, višedimenzionalnog upitnika za mjerenje samoaktualizacije (Sumerlin i Bundrich, 1996.), a nekoliko iz Burgerove skale „preferirane samoće” (Burger, 1995.).

Ukupni se rezultat formira kao linearna kombinacija procjena na skali Likertovog tipa (od 1 do 5), što znači da se rezultati mogu kretati u rasponu od 7 do 35. Veći rezultat znači i veću preferiranu samoću. U ovom istraživanju Cronbach $\alpha=0,83$.

5. Skala kvalitete življenja

Skala kvalitete življenja (Krizmanić i Kolesarić, 1992.) podijeljena je u dva dijela. U prvom dijelu nalaze se tvrdnje s pomoću kojih ispitanik procjenjuje svoje zadovoljstvo različitim čimbenicima koji u manjoj ili većoj mjeri utječu na njegovu kvalitetu življenja. Te varijable nazvali smo *prediktorskim varijablama* (pitanja od 1-16). U drugom dijelu nalaze se pitanja o općem zadovoljstvu pojedinca životom i nekim aspektima tog zadovoljstva/nezadovoljstva. To su *kriterijske varijable* s pomoću kojih određujemo kvalitetu življenja (pitanja 17-23). Sve su varijable izražene kao nedovršene tvrdnje. Ispitanik dovršava svoj odgovor odabirući na skali koja se nalazi uza svaku tvrdnju (od 1 - jako nezadovoljstvo do 5 – jako zadovoljstvo). U ovom istraživanju Cronbach $\alpha=0,85$.

6. Skala nade

Osobe visoke nade uspješnije osmišljavaju svoje ciljeve od onih niske nade. One također ne ustrajavaju na nereálnim ciljevima. Originalna skala nade mjeri razlike u nadi kao crti stabilnoj kroz vrijeme i situacije (Snyder i sur., 1991.), a sastoji se od 12 čestica. U ovom istraživanju korištena je nešto kraća verzija skale nade (Lacković-Grgin i Čubela, 2002.) s ukupno 9 čestica (raspona od 1 do 5), što znači da se rezultati mogu kretati od 9 do 45. Veća vrijednost znači i veću prisutnost nade. U ovom istraživanju Cronbach $\alpha=0,91$ što ukazuje na visoku pouzdanost skale.

Postupak



Istraživanje je provedeno tijekom svibnja i lipnja 2021. godine, nakon odabira ispitanika od strane socijalne radnice iz doma. Istraživanje je provela autorica, dvije studentice socijalnog rada te tri socijalne radnice koje su bile pripremljene za intervjuiranje starijih osoba. Svaki ispitanik pristao je na intervjuiranje u prethodnom razgovoru sa socijalnom radnicom koja ga je obavijestila o datumu i vremenu provođenja anketiranja. Prije samog intervjuiranja svakom ispitaniku se još jednom objasnila svrha i cilj istraživanja i naglasilo da u svakom trenutku može prekinuti istraživanje ili tražiti stanku ukoliko se umori te je objašnjeno da je istraživanje anonimno. Svi ispitanici su u jednom susretu odgovorili na upitnik. Intervjuiranje je u prosjeku trajalo 35 min (raspon od 25 min do 45 min).

Obrada podataka

Podaci dobiveni putem instrumentarija obrađeni su korištenjem SPSS/PC programskog paketa. Za prikazivanje podataka i rezultata korištene su mjere deskriptivne statistike (raspodjela rezultata, srednja vrijednost, minimum i maksimum, standardna devijacija, raspon rezultata). U svrhu testiranja povezanosti nekih varijabli korišten je test značajnosti korelacije (Milas, 2005).

Rezultati i rasprava

DEMOGRAFSKA OBILJEŽJA SUDIONIKA

Tablica 1. Spol ispitanika

Spol sudionika		
	f	%
muški	14	26,9
ženski	38	73,1
ukupno	52	100

U istraživanju je sudjelovalo 52 ispitanika od čega 73,1% žena (38) i 26,9% muškaraca (14) u rasponu dobi od 65 do 97 godina ($M=82,48$; $sd=7,69$; $Medijan=84$). Naime, mlađe starije osobe (od 65 do 75 godina) su u prosjeku zdravije što im omogućuje samostalno funkcioniranje i život u vlastitom domu. Također, u ispitivanju je sudjelovalo tri četvrtine žena u odnosu na jednu četvrtinu muškaraca. Znatno veći udio žena u populaciji osoba starije životne dobi proizlazi iz činjenice da žene u prosjeku žive 6,1 godina dulje od muškaraca (DZS, 2017.).

Tablica 2. Bračno stanje ispitanika

Bračno stanje		
	f	%
neoženjen/neudata	4	7,7
oženjen/udata	7	13,5
udovac/udovica	31	59,6
rastavljen/rastavljena	9	17,3
drugo	1	1,9
ukupno	52	100

Struktura ispitanika s obzirom na bračno stanje prikazana u Tablici 2 pokazuje da je najveći broj udovaca odnosno udovica – 59,6%. Zatim slijedi skupina rastavljenih od 17,3% te onih koji su oženjeni (13,5%). Ovakva struktura je očekivana za osobe smještene u institucionalnoj skrbi. Naime, dok su oba supružnika živa uzajamno se pomažu i rijetko traže pomoć od strane

obitelji i društva (Tournier, 1980.). No, kada jedan od supružnika umre, stvari se mijenjaju. Naime, često se navodi narušeno fizičko i psihičko zdravlje kao posljedica udovištva što dovodi do ovisnosti o tuđoj pomoći i njezi (Štambuk, 2019.). Oni koji su oženjeni, najčešće su u domu sa svojim bračnim drugom te su ili oba ili jedan od njih lošijeg zdravstvenog stanja.

Tablica 3. Obrazovanje ispitanika

Stupanj obrazovanja	f	%	cf %
nepotpuna osnovna škola	3	5,8	5,8
završena osnovna škola	9	17,3	23,1
strukovna škola	5	9,6	32,7
srednja škola	15	28,8	61,5
viša škola	8	15,4	76,9
visoka škola, fakultet	12	23,1	100
ukupno	52	100	

Obrazovna struktura ispitanika pokazuje da su u ovom istraživanju sudjelovale u prosjeku obrazovanije osobe starije životne dobi u odnosu na ukupnu populaciju iz popisa 2011. Prema podacima Popisa iz 2011. godine od ukupnog stanovništva staroga 15 i više godina 2,7% je bez školske spreme, 6,9% s nepotpunom osnovnom školom, 21,3% sa završenom osnovnom školom, 52,6% sa srednjom školom (u našem istraživanju 28,8%), 16,4% sa završenom visokom školom (u našem istraživanju viša i visoka škola zajedno iznose 38,5%), a nepoznato je 0,2% (DZS, 2016.). Ako uzmemo u obzir da su ovdje prikazani rezultati popisa za ukupno stanovništvo starije od 15 godina, onda su ove razlike u odnosu na stanovništvo starije životne dobi u općoj populaciji još veće. Stoga možemo zaključiti da je uzorak osoba koje su sudjelovale u ovom istraživanju većeg obrazovanja u odnosu na ukupno stanovništvo i na stanovništvo starije životne dobi. Ovaj podatak možemo objasniti na način da obrazovanije osobe koje žive u gradu odabiru dom kao mjesto za život, a ujedno imaju i bolja primanja kojima mogu pokriti troškove smještaja. Također, pretpostavlja se da će ovi podaci o značajno boljem obrazovanju od ostalih starijih osoba u domu za starije (kao i starijih osoba u ukupnoj populaciji), imati utjecaja na ostale varijable u ovom istraživanju. Budući da uzorak čine osobe koje su obrazovanije od očekivanog prosjeka populacije, interpretacija rezultata treba biti prilagođena toj okolnosti koja umanjuje reprezentativnost rezultata za cjelokupnu populaciju.

ZDRAVSTVENO STANJE

Tablica 4. Samoprocjena zdravstvenog stanja ispitanika

Kako procjenjujete Vaše zdravstveno stanje?			
	f	%	cf %
vrlo loše	9	17,3	17,3
loše	6	11,5	28,8
srednje	30	57,7	86,5
vrlo dobro	5	9,6	96,2
odlično	2	3,8	100
ukupno	52	100	

Iako su svi ispitanici iz stambenog dijela doma, dakle trebali bi biti samostalni u brizi za sebe te psihički i fizički neovisni o tuđoj pomoći, ipak njih 17,3% svoje zdravstveno stanje procjenjuje vrlo lošim te 11,5% lošim. Budući da se radi o samoprocjeni, a ne o objektivnom mjerenju, ove rezultate treba uzeti s određenim oprezom. No, također treba navesti da mnogi istraživači u stručnim časopisima ukazuju da će se starije osobe suočiti s posljedicama fizičkog zdravlja, financijskim izazovima, izolacijom i psihološkim stresom kao posljedicom pandemije (Armitage i Nellums, 2020.; Brooke i Jackson, 2020.; Sheffler i sur., 2020.).

Tablica 5. Stabilnost ispitanika pri hodanju i kretanju

Koliko se osjećate stabilno pri hodanju i kretanju?			
	f	%	cf %
stabilan sam	6	11,5	11,5
vrlo malo/minimalno nestabilan	30	57,7	69,2
umjereno do teško nestabilan	16	30,8	100
ukupno	52	100	

Također i podaci u Tablici 5 pokazuju da samo mali postotak ispitanika osjeća potpunu stabilnost pri hodanju i kretanju – svega 11,5%. Iznenaduje podatak da se čak 30,8% osjeća

umjereno do teško nestabilnim te da unatoč ovim procjenama žive na stambenom dijelu doma. Ostaje otvoreno pitanje koliko je privremeno zatvaranje doma i nemogućnost izlaska utjecala na ove odgovore, kao i opća atmosfera slušanja vijesti vezanih uz pandemiju, koja još uvijek traje. Naime, i u Tablici 10 možemo vidjeti da je čak 44,2% ispitanika odgovorilo kako im se zdravstveno stanje u odnosu na pandemiju promijenilo na gore, što također može biti pod utjecajem općeg negativnog stanja u društvu zbog pandemije koje se reflektira na pojedince, a ne kao rezultat njihovog objektivnog stanja.

Tablica 6. Učestalost pušenja ispitanika

Pušite li ili jeste li ikada pušili?			
	f	%	cf %
nikad nisam pušio ili ne pušim više od 10 godina	34	65,4	65,4
bio sam pušač, ali prestao sam u posljednjih 10 godina	10	19,2	84,6
povremeno pušim	1	1,9	86,5
svaki dan pušim	7	13,5	100
ukupno	52	100	

Ponašanje ispitanika vezano uz učestalost pušenja pokazuje dobre rezultate koji su prikazani u Tablici 6. Svega 13,5% osoba starije životne dobi svaki dan puši. Naime, ovisnost o duhanu je bolest kroničnog karaktera. Pušenje može izazvati gubitak vida u starijoj dobi, ali i mnoge druge bolesti (Čivljak i Soldo, 2012.). Starija populacija ima tendenciju pušiti daleko manje od drugih dobnih skupina što može biti pod utjecajem nekih pušača koji su već do te dobi umrli (Europska komisija, 2012.).

Tablica 7. Učestalost pijenja alkoholnih pića ispitanika

Koliko često pijete alkoholna pića?		
	f	%
nikada ili rijetko pijem	46	88,5
pijem 1 do 2 čaše dnevno	6	11,5
pijem više od 2 čaše vina/piva dnevno	0	0
ukupno	52	100,0

U starijih osoba pijenje alkohola može uzrokovati razvoj smanjenih reakcija, slabiji sluh kao i smanjenu toleranciju na unos alkohola što može povećati rizik za nastanak većeg broja ozljeda,

prometnih i drugih nezgoda. Također, miješanje alkohola s tabletama u starijoj dobi može dovesti do direktnih organskih oštećenja i novih zdravstvenih poteškoća. Starije osobe bi trebale ograničiti unos alkohola na jednu čašu dnevno (Tomek Roksandić i sur., 2009.) U ovom istraživanju učestalost pijenja alkoholnih pića je više nego zadovoljavajuća. Naime, svega 11,5% ispitanika pije jednu do dvije čaše dnevno, a 88,5% nikada ili rijetko (Tablica 7).

Tablica 8. Poteškoće sa spavanjem kod ispitanika

Imate li poteškoća sa spavanjem?			
	f	%	cf %
obično dobro spavam	16	30,8	30,8
moj san se prekida, ali se obično vratim spavati bez poteškoća	19	36,5	67,3
obično imam poteškoća sa spavanjem	17	32,7	100
ukupno	52	100	

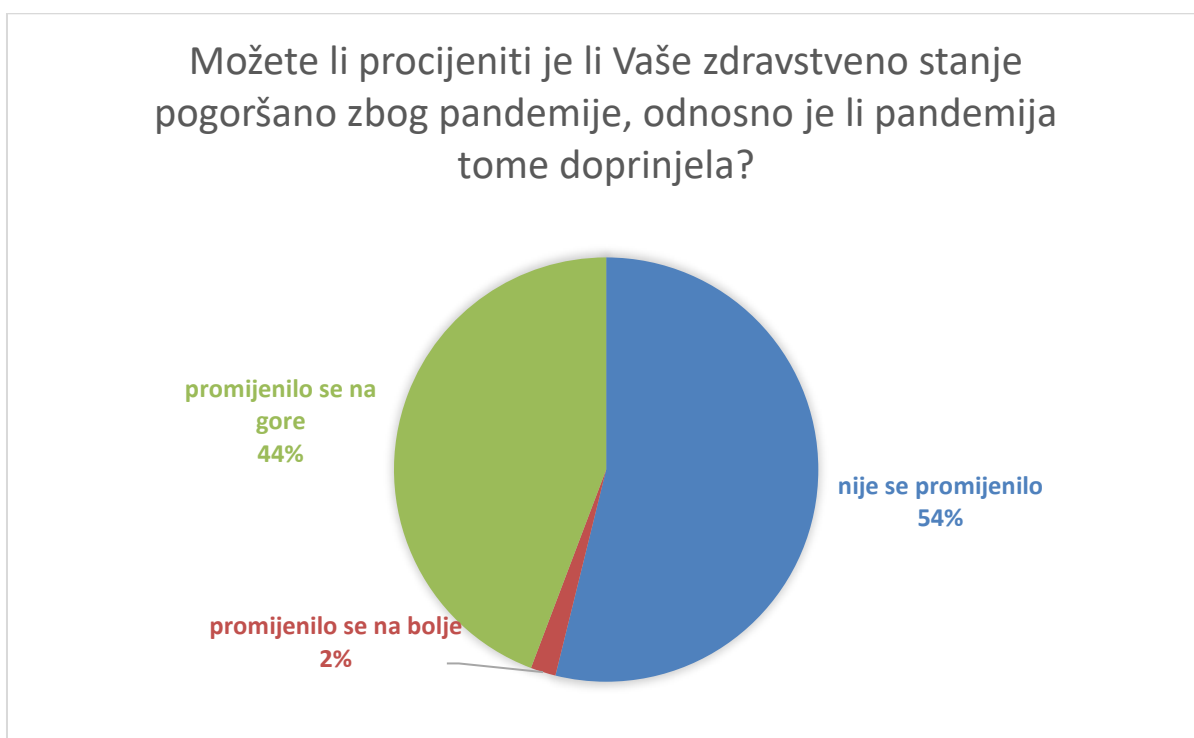
Tablica 9. Korištenje lijekova za spavanje kod ispitanika

Koristite li lijekove za spavanje?			
	f	%	cf %
da, redovito	16	30,8	30,8
ponekad	6	11,5	42,3
ne	30	57,7	100
ukupno	52	100	

U Tablicama 8 i 9 prikazani su rezultati vezani uz poteškoće sa spavanjem i korištenjem lijekova. Nesanica nije opasna po život, ali ljudi koji ne spavaju dovoljno su umorni, cijeli dan pospani, razdražljivi, ne mogu se koncentrirati i nisu u mogućnosti obaviti svoje svakodnevne zadatke. Nesanica je najčešći poremećaj spavanja, koji onemogućava radno i socijalno funkcioniranje, odnosno umanjuje kvalitetu življenja. Od kronične nesanice pati oko 20% ljudi, i češće se pojavljuje u starijoj dobi (Schaie i Willis, 2001.). I u ovom istraživanju možemo vidjeti da 32,7% ispitanika ima poteškoća sa spavanjem (Tablica 8) te ih 30,8% redovito koristi lijekove za spavanje (Tablica 9).

Tablica 10. Samoprocjena zdravstvenog stanja ispitanika u odnosu na pandemiju

Možete li procijeniti je li Vaše zdravstveno stanje pogoršano zbog pandemije, odnosno je li pandemija tome doprinijela?		
	f	%
nije se promijenilo	28	53,8
promijenilo se na bolje	1	1,9
promijenilo se na gore	23	44,2
ukupno	52	100



Slika 1. Prikaz relativnog udjela samoprocjene zdravstvenog stanja ispitanika u odnosu na pandemiju

Tablica 10 i Slika 1 pokazuju da je samoprocjena zdravstvenog stanja u odnosu na pandemiju pogoršana, posebno uzimajući u obzir da se radi o starijim osobama koje su smještene u stambenom dijelu doma (gdje su smještene osobe koje su relativno dobrog zdravlja). Naime, čak 44% ih smatra da se promijenilo na gore, što svakako predstavlja vrlo alarmantan podatak za daljnje praćenje. Naime, trebalo bi svakako pojasniti u kojem smislu ispitanici smatraju da je njihovo stanje lošije. I druga istraživanja ističu da je radi mnogih mjera koje su poduzete radi pandemije COVID-19, došlo do promjena u društvenom životu starijih osoba kao i promjena u njihovom zdravstvenom statusu (Chee, 2020.; Armitage i Nellums, 2020.; Brooke i Jackson, 2020.). Također, prema istraživanju Brooksa i suradnika (2020.) socijalna izolacija stvara niz problema koji značajno utječu na kvalitetu života ljudi, a uključuje strah od zaraze i smrti (za starije osobe i njihove obitelji), frustracije i dosadu koja se povećava ukoliko nema pristupa društvenim mrežama, zatim percepciju o informacijama koje pružaju zdravstveni radnici kao nedostatne, stres i tjeskobu uzrokovanu nedostatkom zaštitnih sredstava te poremećeno mentalno zdravlje povezano s trajanjem izolacije. Također, Wang i suradnici (2021.) upozoravaju da bi rizik koji predstavlja COVID-19 mogao stvoriti veće nevolje, tjeskobu, ljutnju, stres, uznemirenost i povlačenje kod starijih osoba.

Prethodno navedeni rezultati ukazuje da pandemija COVID-19 kao i poduzete mjere protiv njenog širenja imaju negativan utjecaj na samoprocjenu zdravstvenog stanja starijih osoba. Pijenje alkohola i pušenje su slabo zastupljeni, dok je korištenje lijekova za spavanje u skladu s nalazima za ostalu stariju populaciju.

AKTIVNOSTI U DOMU ZA STARIJE

Tablica 11. Fizička aktivnost ispitanika

U tipičnom tjednu, koliko često radite umjereno intenzivnu fizičku aktivnost?			
	f	%	cf %
nisam u mogućnosti raditi takve aktivnosti	20	38,5	38,5
jednom tjedno	2	3,8	42,3
dva do tri puta tjedno	14	26,9	69,2
svaki ili gotovo svaki dan	16	30,8	100
ukupno	52	100	

U rezultatima Tablice 11 možemo vidjeti da se bez obzira na visoku prosječnu dob ispitanika koji su sudjelovali u ovom istraživanju, fizičkom aktivnosti svaki dan ili gotovo svaki dan bavi njih 30,8%, a 26,9% dva do tri puta tjedno, što ukazuje na zaključak da su ovi ispitanici svjesni važnosti vježbanja u njihovoj dobi. Naime, brojna istraživanja pokazuju važnost fizičke aktivnosti u starijoj dobi zbog utjecaja na poboljšanje tjelesnog funkcioniranja, dobrobiti, neovisnosti te kvalitete života. Također, fizička aktivnost doprinosi i održavanju kognitivne funkcionalnosti (Fallahpour i sur., 2016) te pomaže u boljoj organizaciji dana i podiže razinu samopouzdanja (Tokarski, 2004). Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem zdravlja i aktivnosti u starijoj dobi, pokazuju pozitivnu korelaciju između ta dva pojma. Prevalencija zdravstvenih problema povezanih sa starosti povezana je sa stalnom tjelesnom aktivnosti od mladosti do duboke starosti (Stevanović, 2015.). Naime, fizička aktivnost utječe na dobrobit cijelog organizma u fizičkom i psihičkom smislu (Shephard, 1997.). Isto tako, aktivnosti pomažu i protiv depresije, anksioznosti, zatim su korisne za održavanju tjelesne težine. Finska istraživanja ističu važnost tjelesne aktivnosti za pozitivnu percepciju vlastite dobrobiti i obrnuto. Ono što se najviše preporuča u starijoj dobi je šetnja, vrtlarjenje, kuglanje ili plesanje (Andrews, 2001.; Štambuk i Tomičić, 2020.). Tjelesna je aktivnost vrlo važna i u produženju trajanja života. Smanjena tjelesna aktivnost u starijoj dobi odgovorna je za polovicu smanjenja najvišeg primitka kisika koja se događa starenjem. Redovito provođenje tjelovježbe odgađa ili usporava smanjenje funkcionalnih sposobnosti, održava mišićnu jakost, fleksibilnost i ravnotežu. Tjelovježba smanjuje povećanje količine tjelesne masti, odgađa ili smanjuje stopu gubitka koštane mase, služi očuvanju nemasne tjelesne mase koja omogućuje tjelesni rad, čuva gustoću kostiju, smanjuje stopu osteoporoze i mogućnost ozljeda te učestalost koštanih prijeloma. Domaći autori, također, daju prednost umjerenim aktivnostima koje poboljšavaju rad srca, krvotoka i disanja, a koje je moguće uključiti u svakodnevne aktivnosti poput pješaćenja, skrbi za druge bilo mlađe bilo starije članove obitelji, vrtlarjenje i sl. (Tomek Roksandić i sur., 2009.). Starije osobe koje se bave različitim tjelesnim aktivnostima izražavaju veće zadovoljstvo životom i svoje funkcionalne sposobnosti procjenjuju boljima (Lepan i Leutar, 2012.).

Tablica 12. Učestalost sudjelovanja ispitanika u aktivnostima prije pandemije



Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.

Sadržaj dokumenta isključiva je odgovornost Umjetničke organizacije Binocular teatar

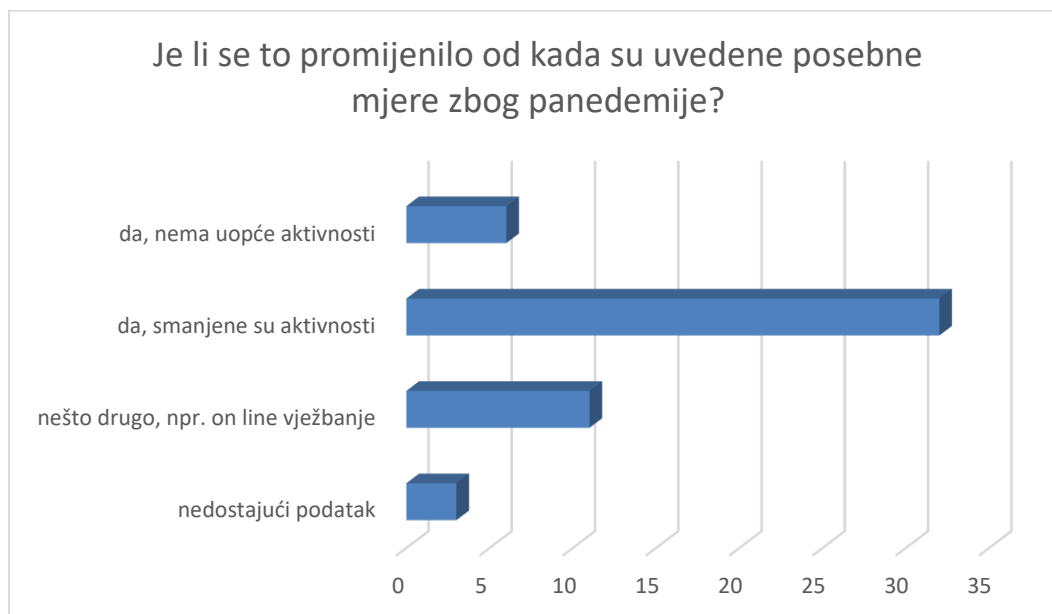
Koliko često ste sudjelovali u aktivnostima koje su se održavale u Domu (prije pandemije), npr. neke kreativne grupne radionice, vježbe?

	f	%	%	cf %
jednom ili dva puta tjedno	27	51,9	55,1	55,1
jednom u dva tjedna	3	5,8	6,1	61,2
jednom u mjesec dana	12	23,1	24,5	85,7
nisam sudjelovao	7	13,5	14,3	100
ukupno	49	94,2	100	
nedostajući podatak	3	5,8		
ukupno	52	100		

Sudjelovanje u aktivnostima/radionicama koje su se održavale u domu prije pandemije prikazano je u Tablici 12. Preko polovice ispitanika (51,2%) sudjeluje u aktivnostima jednom ili dva puta tjedno što ukazuje na dobar odaziv na ponuđene aktivnosti u domu. Također, oko jedne četvrtine (23,1%) sudjeluje jednom u mjesec dana te 5,8% sudjeluje jednom u dva tjedna. Stoga možemo zaključiti da je sudjelovanje u ponuđenim aktivnostima u domu vrlo dobro posjećeno te da je ova aktivnost uz fizičko vježbanje važna korisnicima doma. Naime, potreba za kreativnošću i druženjem je važna životna potreba, a s obzirom na slobodno vrijeme koje starije osobe smještene u dom imaju, za očekivati je da će posjećenost ovog sadržaja biti velika. Naime, istraživanja pokazuju da je društvena povezanost važna za fizičko i mentalno zdravlje tijekom života (Hawkey i Capitano, 2015.; Holt-Lunstad, 2018.). Nadalje, Olaya i suradnici (2017.) navode da je među odraslima starijim od 50 godina socijalna izolacija povezana s povećanim rizikom od više kroničnih bolesti. Odsustvo pozitivnih društvenih odnosa i usamljenost među starijim odraslim osobama značajni su čimbenici rizika za širenje morbiditeta i mortaliteta (Cacioppo & Cacioppo, 2014) te samoubojstva (Fässberg i sur., 2012.).

Tablica 13. Promjene u aktivnostima u vrijeme pandemije

Je li se to promijenilo od kada su uvedene posebne mjere zbog pandemije?	f	%	%
da, nema uopće aktivnosti	6	11,5	12,2
da, smanjene su aktivnosti	32	61,5	65,3
nešto drugo, npr. on line vježbanje	11	21,2	22,4
ukupno	49	94,2	100
nedostajući podatak	3	5,8	
ukupno	52	100	



Slika 2. Prikaz učestalosti procjene promjena u aktivnostima u domu zbog pandemije

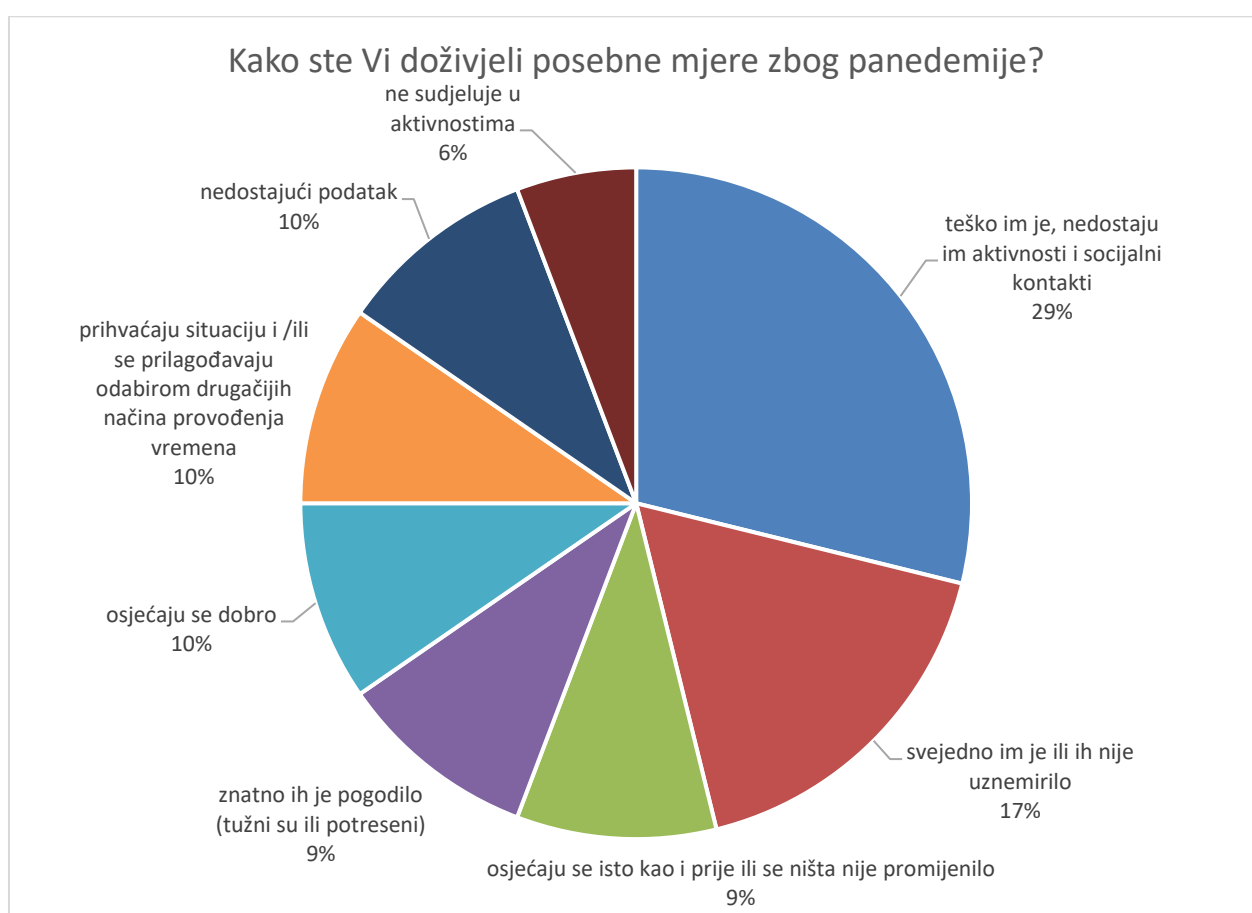
Tijekom trajanja pandemije, prema Heid i suradnicima (2021.) najčešći procijenjeni izazovi s kojima su se suočavale starije osobe bili su ograničenja u socijalnim interakcijama - 42,4% i ograničenja u aktivnostima - 30,9%. I u našem istraživanju možemo vidjeti da je zbog primjene mjera protiv širenja pandemije broj aktivnosti smanjen smatra 61,5% ispitanika, te da je uvedeno on line vježbanje (21,2%) – Tablica 13 i Slika 2. Ovakve rezultate smatramo opravdanim, budući da je jedna od mjera suzbijanja širenja pandemije bilo socijalno distanciranje i neokupljanje u veće grupe te su iste primjenjene i u ustanovama socijalne skrbi. Svakako treba naglasiti da je na početku pandemije trebalo puno napora i organizacijskih sposobnosti stručnih adnika doma, kako bi se makar jednim dijelom zadovoljile odnosno zamijenile dosadašnje aktivnosti nekim drugima, a na koje će se odazvati korisnici doma.

Tablica 14. Doživljaj ispitanika zbog nastalih promjena u aktivnostima

Kako se vi osjećate zbog toga? / kako ste Vi to doživjeli?			
*			
	f	%	%
ne sudjeluje u aktivnostima	3	5,8	6,4
svejedno im je ili ih nije uznemirilo	9	17,3	19,1
osjećaju se isto kao i prije ili smatraju da se ništa nije promijenilo	5	9,6	10,6

teško im je, nedostaju im aktivnosti i socijalni kontakti	15	28,8	31,9
znatno ih je pogodilo (tužni su ili potreseni)	5	9,6	10,6
osjećaju se dobro	5	9,6	10,6
prihvaćaju situaciju i /ili se prilagođavaju odabirom drugih načina provođenja vremena	5	9,6	10,6
ukupno	47	90,4	100
nedostajući podatak	5	9,6	
ukupno	52	100	

* kodirani odgovori na otvoreno pitanje



Slika 3. Prikaz relativnog udjela ispitanika s obzirom na iskazani doživljaj zbog nastalih promjena u aktivnostima

U Tablici 14 i Slici 3 prikazani su odgovori korisnika kako su se osjećali zbog promjena u aktivnostima. Iz rezultata je vidljivo da većini ispitanika aktivnosti u kojima sudjeluju puno znače – tako njih 28,8% kažu da im je teško, a 9,6% da ih je znatno pogodilo - dakle oko 40% ispitanika su promjene u ukidanju aktivnosti koje su do tada obavljali doživjelo negativno.

Ostali ispitanici se osjećaju dobro i/ili prihvaćaju nastalu situaciju (oko 20%), dok 17,% nije nastala promjena uznemirila, odnosno svejedno im je. Uzimajući u obzir način života starijih osoba u ustanovi, koji uglavnom borave u svojim sobama te imaju zajedničke obroke, sudjelovanje u različitim aktivnostima za njih znači ne samo fizičku aktivnost, rasonodu i promjenu dnevne rutine, nego predstavljaju i važan izvor socijalne podrške te stoga značajno utječu na kvalitetu života. U istraživanju Lovreković i Leutar (2010.) o kvaliteti života starijih osoba u domovima za starije i nemoćne osobe ukazano je na pozitivnu povezanost zadovoljstva druženjem i aktivnostima s kvalitetom života u domu.

Ovi rezultati upućuju na zaključak da su slobodne aktivnosti za veći dio ispitanika važne te da nastale promjene, odnosno ukidanje aktivnosti usljed pandemije, doživljavaju teško.

Tablica 15. Aktivnosti koje najviše raduju ispitanike

Što vas u danu najviše raduje? *			
	f	%	cf %
šetnje i druženje (npr. kava s prijateljima, kretanje po prirodi)	16	30,8	30,8
razgovor s obitelji i posjete (sinovi i kćeri)	9	17,3	48,1
ljepota u prirodi, unutarnji mir i veselje	7	13,5	61,5
zdravlje i da su živi	5	9,6	71,2
društvene aktivnosti i hobiji (npr. kartanje, pomaganje drugima, glazba)	4	7,7	78,8
izlazak iz doma i posjete svojoj obitelji	4	7,7	86,5
ne osjećaju se dobro ili ih ništa ne raduje	3	5,8	92,3
kada su oni i njihova djeca dobro	2	3,8	96,2
raduju se svemu ili ničemu posebno	2	3,8	100,0
ukupno	52	100	

* kodirani odgovori na otvoreno pitanje

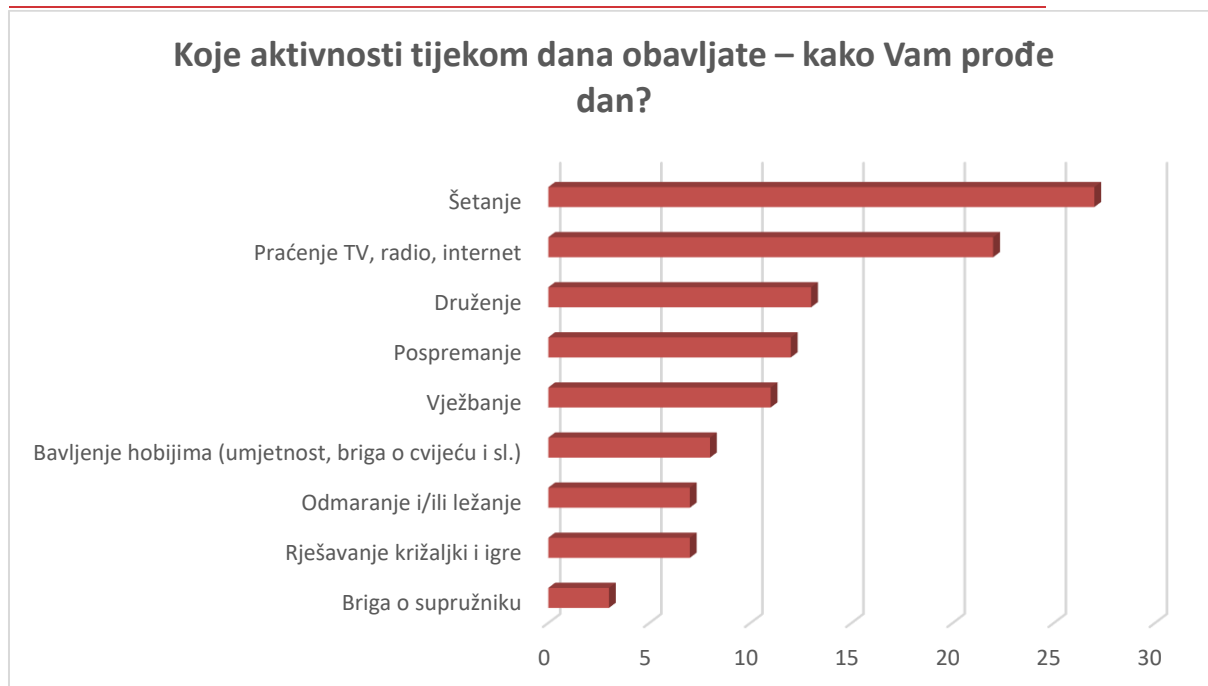
Budući da su korisnici koji sudjeluju u organiziranim aktivnostima u domu u vrijeme pandemije bili spriječeni u njima sudjelovati, činilo se smislenim pitati ih o aktivnostima koje ih raduju, a koje mogu prakticirati. U Tablici 15 možemo vidjeti da su najviše zastupljena šetnja i druženje (30,8%), zatim razgovor s obitelji i posjete (17,3%), slijedi ljepota u prirodi, unutarnji mir i veselje (13,5%), a tek na 4. mjestu je zdravlje i da se živi (9,6%). Iako često mislimo kako su mnoge starije osobe okupirane zdravljem kako najvažnijim faktorom za sreću, iz ovih rezultata možemo vidjeti da su druženje i razgovor s obitelji te pronalaženje sreće u ljepoti u prirodi - ono što vesli preko 60% ispitanika. Ove rezultate možemo objasniti

Tornstamovom teorijom pozitivnog starenja (Tornstam, 1994.) prema kojoj se starije osobe postupno primiču meta–perspektivi, tj. iz osjetne, opipljive, vidljive i materijalne vizije života i svijeta idu prema kozmičko-transcendentnoj. Naime, prosječna dob naših ispitanika je 82,48 godina te ih se većina nalazi upravo u fazi gerotranscendencije koja počinje oko 80 godine (Erikson i Erikson, 1997.). Tornstam (2000.) opisuje promjene koje ljudi iskuse na putu prema gerotranscendenciji kroz tri razine: osobnu, socijalnu i kozmičku. Osobna razina obuhvaća otkrivanje skrivenih aspekata vlastite osobe, uklanjanje svoje osobe iz centra univerzuma, brigu o tijelu bez opsesije, promjenu od egoizma ka altruizmu. Socijalna razina obuhvaća smanjeni interes za površne odnose i povećanu potrebu za samoćom, razumijevanje razlike između svoje osobe i uloge, suzdržanost u donošenju sudova i davanju savjeta. Kozmička razina obuhvaća promjene u definiciji vremena i prostora, povećan osjećaj povezanosti s prirodom i svemirom te gubitak straha od smrti.

Tablica 16. Aktivnosti koje ispitanici obavljaju tijekom dana

Koje aktivnosti tijekom dana obavljate – kako Vam prođe dan? *				
	navedeno je		nije navedeno	
	f	%	f	%
Šetanje	27	51,9	25	48,1
Praćenje TV, radio, internet	22	42,3	30	57,7
Druženje	13	25,0	39	75,0
Pospremanje	12	23,1	40	76,9
Vježbanje	11	21,2	41	78,8
Bavljenje hobijima (umjetnost, briga o cvijeću i sl.)	8	15,4	44	84,6
Rješavanje križaljki i igre	7	13,5	45	86,5
Odmaranje i/ili ležanje	7	13,5	45	86,5
Briga o supružniku	3	5,8	49	94,2

* kodirani višestruki odgovori na otvoreno pitanje; N=52



Slika 4. Prikaz učestalosti procjene aktivnosti koje ispitanici obavljaju tijekom dana

Također iz rezultata Tablice 16 gdje su prikazani višestruki odgovori ispitanika (dakle, mogući odgovor je bio više aktivnosti koje korisnici doma obavljaju tijekom dana) možemo vidjeti da 51,2% ispitanika tijekom dana šeta, zatim 42,3% prati TV, radio ili internet te ih se 25% druži. Također, budući da su većina ispitanika žene, ne čudi rezultat da jedan dio njih posprema svoju sobu (23,1%). Vježbanje, hobiji i rješavanje križaljki također su dosta zastupljeni. Budući da su neki ispitanici na smještaju u domu sa svojim bračnim drugom, oni su iskazali kao aktivnost i brigu o njemu (5,8%). Ovi rezultati pokazuju vitalnost i aktivnost jednog dijela korisnika koji žive u domu za starije te na pozitivno i uspješno starenje unatoč visokoj dobi te vremenu pandemije u kojem žive. Također, i otpornost omogućuje da se stresnu situaciju shvati kao izazov i uključi se u njezino prevladavanje (Connor i Davidson, 2003.), a u istraživanju Zapater-Fajarí i suradnika (2021.) je potvrđeno da je veća otpornost povezana s aktivnim strategijama suočavanja sa stresom. Nadalje, Wong (1989.) ističe da je više vjerojatno kako će uspješne starije osobe pokazati egzistencijalno prihvaćanje stvari koje se ne mogu promijeniti i sklonije su pridavanju smisla i svrhe neželjenim životnim događajima te da će im osobni smisao biti važan izvor sreće.

Iz navedenih rezultata možemo zaključiti da su ispitanici u vrijeme pandemije prakticirali mnoge aktivnosti koje ih vesele (najviše šetnje i druženje te razgovor s obitelji). Također, navode mnoge aktivnosti i hobije koje obavljaju tijekom dana, što ukazuje na aktivno suočavanje sa stresnim situacijama i otpornost - odnosno na aktivno, zdravo i uspješno starenje.

PODRŠKA I SOCJALNI KONTAKTI

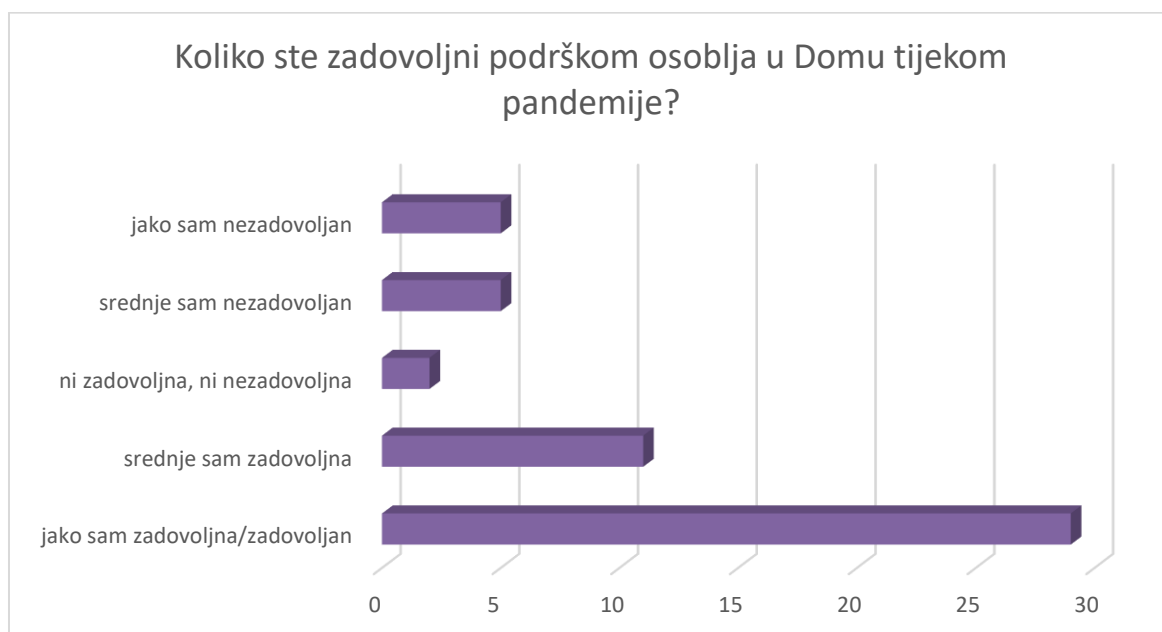
Tablica 17. Mogućnost razgovora ispitanika sa socijalnim radnicima o promijenjenim aktivnostima

Jeste li imali prilike podijeliti svoje mišljenje/razgovarati o tome sa socijalnim radnicama u Domu?			
	f	%	%
da	34	65,4	66,7
ne	17	32,7	33,3
ukupno	51	98,1	100
nedostajući podatak	1	1,9	
ukupno	52	100	

U otvorenom pitanju ispitanici su se izjašnjavali da su razgovarali sa socijalnim radnicama te da su im bile dostupne i susretljive. Možemo vidjeti da je većina (65,4%) imala mogućnost razgovora - Tablici 17. Među onima koji nisu razgovarali kao glavni razlog navode da smatraju da nije bilo potrebe, da su socijalne radnice više razgovarale s onima koji su bolesni te je jedna osoba navela da „ne vjeruje u Koronu“. Ovi rezultati ukazuju da su socijalne radnice bile dostupne i voljne objasniti novonastalu situaciju što je važno za korisnike, odnosno za njihovu psihološku dobrobit.

Tablica 18. Zadovoljstvo ispitanika podrškom osoblja tijekom pandemije

Koliko ste zadovoljni podrškom osoblja u Domu tijekom pandemije?			
	f	%	cf %
jako sam zadovoljna/zadovoljan	29	55,8	55,8
srednje sam zadovoljna	11	21,2	76,9
ni zadovoljna, ni nezadovoljna	2	3,8	80,8
srednje sam nezadovoljan	5	9,6	90,4
jako sam nezadovoljan	5	9,6	100
ukupno	52	100	



Slika 5. Prikaz učestalosti procjene zadovoljstva ispitanika podrškom osoblja tijekom pandemije

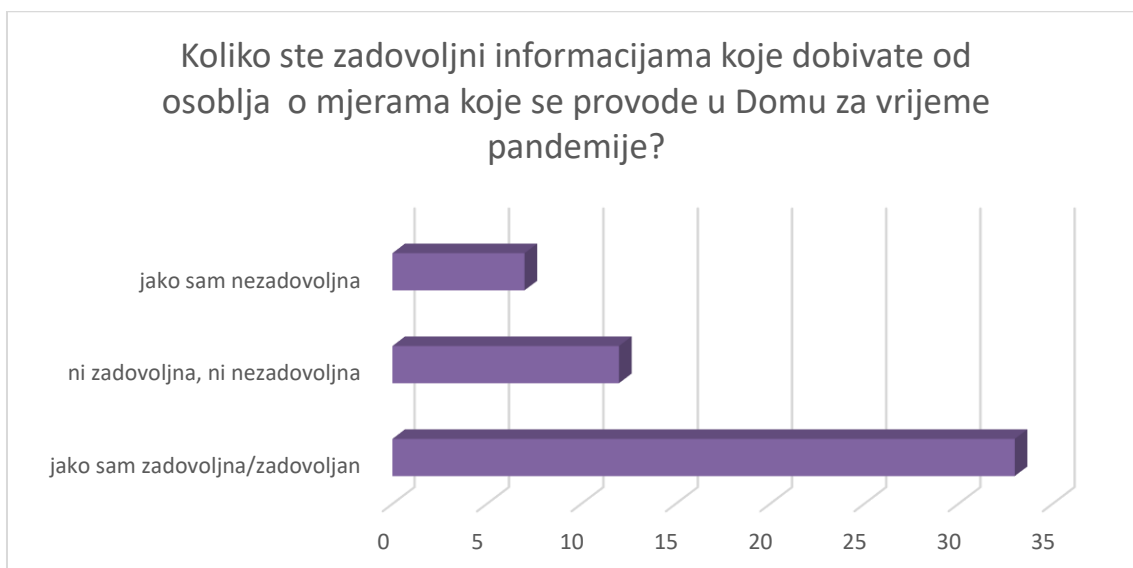
Zadovoljstvo ispitanika podrškom osoblja tijekom pandemije prikazano je u Tablici 18 i Slici 5 te možemo vidjeti da je većina zadovoljna primljenom podrškom (jako zadovoljnih je 55,8%, srednje zadovoljnih je 21,2%). Oko 20% ih je srednje nezadovoljnih ili jako nezadovoljnih. Ove podatke možemo promatrati zajedno sa zadovoljstvom ispitanika informacijama o mjerama u vrijeme pandemije (Tablica 19 i Slika 6). I na ovo pitanje većina ispitanika je odgovorila da je jako zadovoljna (63,5%), zatim slijede oni koji su ni zadovoljni ni nezadovoljni (23,1%) te je jako nezadovoljnih 13,5%.

Kontakti s osobljem u domu su važni za starije osobe i snažno utječu na kvalitetu života. Za starije osobe to znači da osoblje ne samo da obavlja svoj posao na profesionalan način, već im je uz to važna i osobna predanost, angažman, empatija te posvećenost. Takav cjelovit pristup visoko je vrednovan od strane starijih osoba. Također, starije osobe navode kako im je važno da se osoblje prema njima odnosi kao prema kompetentnim odraslim osobama koje mogu sudjelovati u donošenju odluka u vezi svoga života, a za neke je presudno da se osoblje odnosi ljubazno i prijateljski prema njima (Schenk i sur., 2013.). Budući da su stručni djelatnici u domovima također bili izloženi dodatnim poslovima i pojačanoj potrebi korisnika za razgovorom i objašnjenjem novonastale situacije, možemo zaključiti da su rezultati odgovora

na ova pitanja zadovoljavajući. Teško je za pretpostaviti da će u situacijama koje su vrlo zahtjevne, a isti broj osoba koje trebaju udovoljiti potrebama, rezultat biti za sve izuzetno povoljan. Naime, i u redovnim aktivnostima i poslovima koje socijalni radnici u domu obavljaju, uviđa se potreba za dodatnim osobljem i reorganizacijom rada. Tako u svom istraživanju Štambuk i suradnice (2014.) navode da socijalne radnice koje rade u domovima za starije kao najznačajnije probleme/poteškoće izdvajaju specifičnosti usluga koje zahtijevaju individualni rad s korisnicima, nesuradnju sa članovima obitelji, preopsežnu administraciju, preširok opis poslova socijalnog radnika propisanog pravilnicima, loš položaj socijalnog radnika u sustavu te premali broj socijalnih radnika u odnosu na broj korisnika.

Tablica 19. Zadovoljstvo ispitanika informacijama o mjerama u vrijeme pandemije

Koliko ste zadovoljni informacijama koje dobivate od osoblja o mjerama koje se provode u Domu za vrijeme pandemije?			
	f	%	cf %
jako sam zadovoljna/zadovoljan	33	63,5	63,5
ni zadovoljna, ni nezadovoljna	12	23,1	86,5
jako sam nezadovoljna	7	13,5	100
ukupno	52	100	



Slika 6. Prikaz učestalosti procjene zadovoljstva ispitanika informacijama o mjerama u vrijeme pandemije

Ljudi imaju urođenu potrebu da pripadaju i da se osjećaju kao dio obitelji, društvene grupe i zajednice (Hawkey i Capitanio, 2015.). Socijalna povezanost važna je za fizičko i mentalno zdravlje tijekom cijelog života (Hawkey, 2015.; Holt-Lunstad, 2018.). Kako ljudi stare, mogu izgubiti neka postojeća društva (npr. povlačenje s posla, gubitak prijatelja, gubitak bračnog druga). Na kvalitetu života u domskom smještaju značajan utjecaj mogu imati posjete djece, pa tako one starije osobe koje više nisu u kontaktima s članovima vlastite obitelji češće dožive značajno niže razine zadovoljstva svojim životom (Schenk i sur., 2013). I druga Istraživanja potvrđuju povezanost kvalitete i učestalosti odnosa s obitelji i kvalitete života (Gabriel i Bowling, 2004.; Žganec i sur., 2007.; Lovreković i Leutar, 2010.).

U ovom istraživanju učestalost kontakata ispitanika s obitelji prikazano je u Tablici 20 u kojoj možemo vidjeti da preko 50% ispitanika kontaktira 5 ili više dana u tjednu, 11,5% do dva puta tjedno, 17,3% se čuju jednom mjesečno – što predstavlja dobru sliku povezanosti starijih osoba s članovima obitelji (najčešće su to vlastita djeca). Način kontaktiranja (Tablica 21) je najčešće putem mobitela (92%) i u živo (73,1%). Mala zastupljenost je kontaktiranje putem Whats-appa i drugih platformi (9,6%). Ove rezultate možemo protumačiti na način da su djeca u vrijeme pandemije bila više zabrinuta za zdravstveno stanje svojih roditelja te da su kontakti bili učestaliji nego što je to uobičajeno. Naime, u istraživanju provedenom u istarskoj županiji (prije pandemije) najviše sudionika ima posjete po više puta mjesečno 38,2%, a samo 12,7% ima posjete po više puta tjedno (Glavina, 2019.). Također, iako su kontakti u živo u vrijeme *lockdown-a* bili ograničeni u prostorima doma, mnogi su dolazili pod prozore svojim roditeljima i tako izmjenjivali par rečenica, zadovoljni i jedni i drugi što su se vidjeli - što je još jedan pokazatelj brige i ljubavi djece prema svojim roditeljima.

Tablica 20. Učestalost kontaktiranja ispitanika s obitelji

Koliko često kontaktirate s obitelji na tjedan?			
	f	%	cf %
5 ili više dana u tjednu	30	57,7	57,7
do dva puta tjedno	6	11,5	69,2
jednom tjedno	4	7,7	76,9
ne čujemo se tjedno, nego mjesečno	9	17,3	94,2
ne kontaktira ili nema obitelj	3	5,8	100
ukupno	52	100	

Tablica 21. Način kontaktiranja ispitanika s obitelji

Na koji način kontaktirate s obitelji?						
	vidimo se u živo		putem telefona/mobitela		putem Whats-app ili drugih platformi	
	f	%	f	%	f	%
nije navedeno	11	21,2	1	1,9	44	84,6
navedeno je	38	73,1	48	92,3	5	9,6
ukupno	49	94,2	49	94,2	49	94,2
ne kontaktira ili nema obitelj	3	5,8	3	5,8	3	5,8
ukupno	52	100	52	100	52	100

Ako pogledamo učestalost komuniciranja ispitanika s prijateljima (Tablica 22), možemo vidjeti da je nešto slabija u usporedbi s komunikacijom s obitelji. Naime, svega 19,2% ispitanika kontaktira 5 ili više dana u tjednu s prijateljima, 17,3% dva puta tjedno, 26,9% jednom tjedno i jednom mjesečno. Najčešće komuniciraju putem mobitela (86,5%), a gotovo jedna trećina ima kontakte u živo (26,9%) - Tablica 23. Naveno ukazuje na postojanje prijateljstva u starijoj dobi kao i na dobru generacijsku povezanost.

Tablica 22. Učestalost kontaktiranja ispitanika s prijateljima

Koliko često kontaktirate s prijateljima/znancima na tjedan?				
	f	%	%	cf %
5 ili više dana u tjednu	10	19,2	21,3	21,3
do dva puta tjedno	9	17,3	19,1	40,4
jednom tjedno	14	26,9	29,8	70,2
ne čujemo se tjedno, nego mjesečno	14	26,9	29,8	100,0
ukupno	47	90,4	100	
ne kontaktira	5	9,6		
ukupno	52	100		

Tablica 23. Način kontaktiranja ispitanika s prijateljima

Na koji način kontaktirate s prijateljima/znancima?

	vidimo se u živo		putem telefona/mobitela		putem Whats-app ili drugih platformi	
	f	%	f	%	f	%
nije navedeno	33	63,5	2	3,8	44	84,6
navedeno je	14	26,9	45	86,5	3	5,8
ukupno	47	90,4	47	90,4	47	90,4
ne kontaktira ili nema obitelj	5	9,6	5	9,6	5	9,6
ukupno	52	100	52	100	52	100

Ove rezultate (Tablice 20-23) možemo objasniti teorijom socioemocionalne selektivnosti koja sugerira da zadovoljstvo odnosima i društvena dobrobit raste u kasnijim godinama, iako je socijalna mreža manja nego u ranijim razdobljima života (Carstensen, 1992.).

U istraživanju o utjecaju COVID-19 i socijalne izolacije na mentalnu i fizičku dobrobit starijih osoba kojeg su proveli Robb i suradnici (2020.) u Velikoj Britaniji, 12,8% sudionika izjavilo je da se tijekom *lockdown-a* osjeća depresivnije, a 12,3% da se osjeća anksioznijima. Također, rezultati su pokazali da je rizik od depresije i anksioznosti veći kod osoba koje žive same od onih koji su tijekom *lockdown-a* živjeli s drugima. Istraživanje je obuhvatilo i jedan segment korištenja informacijsko-komunikacijske tehnologije, točnije komunikaciju s prijateljima i rođacima putem interneta, gdje su rezultati pokazali kako su ispitanici koji su dva do šest puta tjedno uspostavljali socijalne kontakte putem mreže, imali 19% niži rizik od pojave depresije i anksioznosti. Van Orden i suradnici (2020.) ističu da prekid društvenih mreža, zbog COVID-19 pandemije, može dovesti do veće izolacije među starijim odraslim osobama s potencijalno ozbiljnim posljedicama po zdravlje. Nedavno istraživanje povećanja anksioznosti povezanog s pandemijom COVID-19 otkriva da je dob obrnuto povezana s tjeskobom izolacije (Bareket-Bojmel i sur., 2020.). Naime, starije osobe su tijekom života već iskusile puno gubitaka i često su same te su se naučile nositi s time, o čemu će biti u kasnijim rezultatima više diskusije.

Na temelju iznesenih rezultata možemo zaključiti da su podrška i socijalni kontakti od strane stručnog osoblja kao i učestalost kontakata ispitanika s obitelji i prijateljima na vrlo visokoj razini te da je međugeneracijska povezanost djece i roditelja velika kao i povezanost među prijateljima.

KORIŠTENJE INFORMACIJSKO – KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE

Informacijsko-komunikacijska tehnologija definira se kao „djelatnost i oprema koja čini tehničku osnovu za sustavno prikupljanje, pohranjivanje, obradu, širenje i razmjenu informacija različita oblika, tj. znakova, teksta, zvuka i slike“¹. Vrlo je slična informacijskoj tehnologiji, ali za razliku od nje, informacijsko-komunikacijska tehnologija više se usredotočuje na komunikacijsku tehnologiju koja uključuje internet, bežične mreže, mobilne telefone i druge vrste komunikacijskih medija. Neprekidno se povećava broj starijih koji koriste internet, pametne telefone i tablete, a statistički podaci Eurostat-a (Eurostat Statistics, 2021.) potvrđuju njihovo povećanje u korištenju, pri čemu je u 2020.g. učestalost svakodnevnog korištenja interneta kod osoba u dobi od 65 i više godine u Hrvatskoj iznosila 23%, što je manje od prosjeka Europske unije koji iznosi 47% (EU-27). Kod korištenja interneta barem jednom tjedno, postotak je nešto veći i iznosi 28%, međutim to je još uvijek manje od prosjeka same Europske unije (EU-28) koji iznosi 58%. Samo nekoliko godina ranije taj je postotak bio puno manji i u 2014.g. je učestalost svakodnevnog korištenja interneta u Hrvatskoj kod starijih osoba iznosila 7%, što je i tada bilo manje od prosjeka Europske unije koji je bio 26% (EU-27), dok je postotak korištenje interneta barem jednom tjedno u Hrvatskoj iznosio 15%, a na razini Europske unije 35% (EU-27) (Eurostat Statistics, 2021.). Jedan od mogućih razloga povećanja korištenja interneta u 2020.g. u odnosu na prijašnje godine je provođenje mjera socijalnog distanciranja, odnosno mjera karantene i socijalne izolacije tijekom trajanja pandemije zbog čega su starije osobe bile motiviranije koristiti informacijsko-komunikacijske tehnologije za lakše uspostavljanje kontakata s prijateljima i obitelji putem mobitela, računala i drugih komunikacijskih tehnologija (npr. u 2019.g. su starije osobe za 5% manje koristile internet barem jednom tjedno u odnosu na 2020.g.). Navedenu tezu potvrđuju autori Bracanović i Robida (2014.) i navode da ukoliko starije osobe shvate da bi im upotreba informacijsko-komunikacijske tehnologije mogla biti od velike koristi, bit će motiviraniji za njeno korištenje.

Buduće generacije starijih osoba (današnji ljudi srednje dobi i sve mlađe generacije) danas koriste računalnu tehnologiju, stoga možemo očekivati daljnje povećanje važnosti socijalnih medija i informacijsko-komunikacijskih tehnologija (ICT) u životima osoba starije životne dobi. Informacijsko-komunikacijska rješenja mogu imati različite uloge u životima starijih

¹ Hrvatska enciklopedija (2021). Informacijska i komunikacijska tehnologija. Posjećeno 12.10. 2021. na mrežnoj stranici Hrvatske enciklopedije: <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=27406>

osoba: one mogu odgoditi učinke starenja i/ili olakšati starenje, pomoći u rješavanju problema starenja kod starijih osoba s bolestima i invaliditetom (Krawczyk, 2013.). Mogućnosti uporabe ICT tehnologija u poboljšanju kognitivnih, fizičkih i socijalnih funkcija u starijoj životnoj dobi te odgovaranju na potrebe starijih osoba kao potrošača tek počinju s primjenom i očekuje se da će se one i dalje istraživati i proširivati. Primjerice, upotreba mobitela, tableta ili kompjutera već danas može doprinijeti unapređenju kvalitete različitih aspekata života starijih osoba (npr. ostvarivanje kontakata s obitelji koja je fizički udaljena, doprinositi većoj samostalnosti starijih osoba i sl.).

Među istraživanjima koje analiziraju povezanost između psiholoških čimbenika koji poboljšavaju kvalitetu života starijih osoba i upotrebe računala, Karavidas i suradnici (2005.) proučavali su utjecaj računalnog znanja, anksioznosti i samoeфикаsnosti na zadovoljstvo životom starijih korisnika interneta. Rezultati su pokazali da je postojala pozitivna veza između znanja starijih korisnika interneta o računalu i internetu, njihove opće samoeфикаsnosti i životnog zadovoljstva. Štoviše, korištenje računala imalo je pozitivan utjecaj na zadovoljstvo životom kroz povećanu neovisnost, održavanje društvenih mreža i pristup zdravstvenim informacijama (Karavidas i sur., 2005.). Istraživanje kojeg su proveli Heo i suradnici (2011.) o povezanosti između korištenja interneta i zadovoljstva starijih osoba, naglašava da je korištenje interneta značajna aktivnost u slobodno vrijeme kod starijih, a zadovoljstvo korištenjem istog može pozitivno utjecati na njihovu dobrobit. Također, i druga provedena istraživanja pokazuju kako upotreba nekih oblika IKT-a poput video poziva, e-pošte, aplikacija za razmjenu poruka i web stranica društvenih mreža, može potaknuti društvene odnose i imati pozitivne učinke na zdravlje i zadovoljstvo životom kod starijih osoba (npr. Hensel i sur., 2007., Matlabi i sur., 2011., Boz i Karatas, 2015.).

Stoga se činilo opravdanim ispitati korištenje IKT-a u vrijeme pandemije kada su raznim mjerama socijalni kontakt bili ograničeni (WHO, 2020.).

Prije samog opisa dobivenih rezultata o korištenju informacijsko-komunikacijske tehnologije, navodimo metrijska svojstva Upitnika IKT-a (Tablica 24, Slika 7):

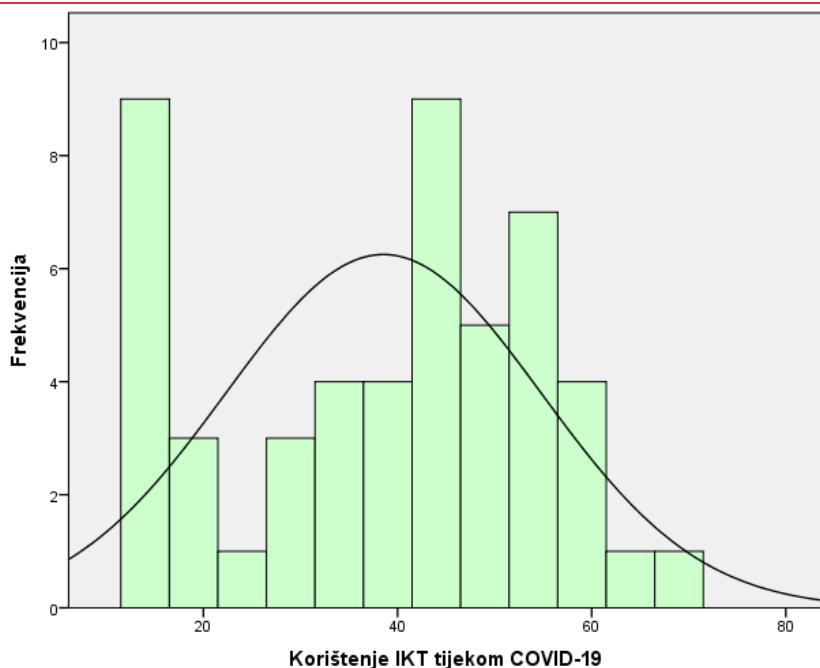
Unatoč malom broju ispitanika koji su ispunili kompletan *Upitnik o korištenju informacijsko – komunikacijske tehnologije*, utvrđena su dobra metrijska svojstva skale. Ukupni rezultat na skali od 14 čestica, varira u rasponu od 14 do 70 ($M=38,55$; $sd=16,27$). Skala ima vrlo visoku pouzdanost (Cronbach alfa iznosi 0,95; Tablica 24). Pregledom distribucije rezultata moguće

je uočiti da se dio sudionika vjerojatno ne koristi aktivno informacijsko-komunikacijskom tehnologijom zbog čega vjerojatno postižu niže ukupne rezultate, dok se među „aktivnim korisnicima“ zadovoljstvo korištenjem IKT normalno raspodjeljuje (što potkrepljuju neznačajan Kolmogorov Smirnov test $K-S=0,11$; $p>0,05$ te koeficijenti asimetrije i spljoštenosti distribucije rezultata koji ne ukazuju na znatna odstupanja od normalne raspodjele, Tablica 24).

Tablica 24. Metrijska i deskriptivna obilježja Upitnika o korištenju IKT-a tijekom pandemije

Korištenje IKT tijekom COVID -19	
N	51
Min	14
Max	70
M	38,55
Sd	16,274
Skewness (asimetrija distribucije rezultata)	-,202
Kurtosis (spljoštenost distribucije rezultata)	-1,037
Kolmogorov-Smirnov Test (K-S)	,113
p*	,099
broj čestica	14
Cronbach Alfa	,952

* Lilliefors korekcija značajnosti



Slika 7. Prikaz raspodjele ukupnog rezultata iz Upitnika korištenja informacijsko-komunikacijskih tehnologija tijekom pandemije

Rezultati prikazani u Tablici 25 pokazuju deskriptivna obilježja čestica *Upitnika korištenja IKT-a* u vrijeme pandemije. Srednje vrijednosti za sve čestice su se kretale u rasponu od 2,06 do 3,40 (mogući min i max raspon od 1 do 5). Rezultati koje smo dobili, s obzirom na situaciju pandemije u kojoj su se starije osobe našle, su vrlo pozitivni. Naime, ispitanici se najviše slažu s tvrdnjom 5. *Ako bih ponovno morala/-o biti zatvorena, nastavila/-o bih koristiti IKT* ($M=3,40$; $sd=1,64$). Slijedi tvrdnja 8. *Zahvaljujući IKT-u mogu zatražiti pomoć od obitelji i prijatelja* ($M=3,25$; $sd=1,70$). Treće mjesto zauzima tvrdnja 6. *Zahvaljujući IKT-u, uvijek imam s kim razgovarati* ($M=3,17$; $sd=1,64$). Ovi rezultati ukazuju da je korištenje IKT-a u vrijeme pandemije bilo važno (ako ne i jedino!) sredstvo komunikacije starijih osoba s njihovom djecom (s kojom najčešće razgovaraju) kao i s prijateljima i susjedima te da su dobro prihvatili nove tehnologije za komunikaciju, iako se najčešće radi o upotrebi mobitela. Naime, u pružanju socijalne podrške starijim osobama najvažnije mjesto zauzimaju njihovi bračni partneri i djeca. Ove nalaze potvrđuje i istraživanje kvalitete života starijih osoba s invaliditetom u kojem su im najveći izvori razumijevanja i podrške njihova djeca i supružnik te Crkva i rodbina (Leutar i sur., 2007.). Nadalje, tvrdnja 1. *U većini aspekata IKT čini moj život zadovoljavajućim u doba pandemije* zauzima 4. mjesto ($M=3,00$; $sd=1,37$), a tvrdnje 3. *Zadovoljnija/-i sam svojim životom u vrijeme pandemije kada se služim IKT-om* ($M=2,98$; $sd=1,53$) i 7. *Zahvaljujući IKT-*

u osjećam da ljudi brinu o meni. (($M=2,98$; $sd=1,60$) su na 5. mjestu. Ovi rezultati pokazuju da je u vrijeme smanjenih socijalnih kontakata, komunikacija putem informacijsko-komunikacijske tehnologije bila vrlo značajna te je utjecala kako na kvalitetu tako i na zadovoljstvo životom.

Ako pogledamo tvrdnje s kojima su se ispitanici najmanje slagali možemo zaključiti da samo manjem dijelu starijih osoba IKT služi da bi se osjećali voljeno (11. *Kad god se ne osjećam voljeno, oslanjam se na IKT* - $M=2,06$; $sd=1,14$), da imaju jasnu svrhu i smjer u životu (14. *IKT mi pomažu da imam jasnu svrhu i smjer u životu* - $M=2,19$; $sd=1,36$), ili da koriste IKT kada im je dosadno (12. *Kad mi je dosadno, okrećem se IKT-u* - $M=2,31$; $sd=1,29$). Naime, starije osobe sadašnje generacije ne koriste IKT tehnologije s istim motivom kao mlađi. Situacija pandemije je na neki način „primorala“ starije da koriste tehnologiju kako bi zadržali kontakt sa svojim najbližima i zadovoljili osnovne potrebe pripadnosti. Ove rezultate možemo potvrditi i istraživanjem koje su provele Nekić i suradnice (2016.). Sudionici koji koriste internet su kronološki mlađi, sebe doživljavaju mlađima, obrazovaniji su, boljeg su tjelesnog i mentalnog zdravlja, i procjenjuju da se bolje prilagođavaju promjenama koje starenje donosi, odnosno da uspješnije stare. Naime, kao što je ranije spomenuto u istraživanju Bracanović i Robida (2014.) da ukoliko starije osobe shvate da bi im upotreba informacijsko-komunikacijske tehnologije mogla biti od velike koristi, bit će motiviraniji za njeno korištenje. Stoga je važno spomenuti i longitudinalna istraživanja koja govore da digitalna pismenost ima značajan i pozitivan efekt na kognitivno funkcioniranje (Xavier i sur., 2014.; Cotten i sur., 2014.), a o kojima je važno informirati starije osobe.

Uzimajući u obzir sve navedeno možemo zaključiti da je korištenje IKT- a u vrijeme pandemije imalo značajnu ulogu u kontaktima starijih osoba s članovima obitelji te im doprinjelo zadovoljstvu životom. Nadalje, vrlo mali broj ispitanika koristi IKT kad im je dosadno, da bi imali jasan smjer u životu ili da bi se osjećali voljeno, što ukazuje na zaključak da starije osobe preferiraju „kontakte u živo“ i druge aktivnosti kojima se bave u slobodno vrijeme.

Tablica 25. Deskriptivna obilježja čestica Upitnika o korištenju IKT-a tijekom pandemije

Upitnik o korištenju IKT-a tijekom COVID-19										
Tvrdnje:	%							N	M	sd
	uopće se ne slažem	uglavnom se ne slažem	ni se slažem, ni se ne slažem	uglavnom se slažem	u potpunosti se slažem	nedostajući podatak	ukupno			
1. U većini aspekata IKT čini moj život zadovoljavajućim u doba pandemije.	21,2	11,5	30,8	19,2	17,3	0,0	100	52	3,00	1,37
2. Život mi se u vrijeme pandemije poboljšao zahvaljujući IKT-u.	25,0	13,5	28,8	15,4	17,3	0,0	100	52	2,87	1,41
3. Zadovoljnija/-i sam svojim životom u vrijeme pandemije kada se služim IKT-om.	26,9	5,8	34,6	3,8	26,9	1,9	100	51	2,98	1,53
4. IKT mi pomažu da radim “važne” stvari u vrijeme pandemije.	26,9	15,4	32,7	7,7	17,3	0,0	100	52	2,73	1,40
5. Ako bih ponovno morala/-o biti zatvorena, nastavila/-o bih koristiti IKT.	25,0	1,9	23,1	7,7	42,3	0,0	100	52	3,40	1,64
6. Zahvaljujući IKT-u, uvijek imam s kim razgovarati.	25,0	11,5	23,1	1,9	38,5	0,0	100	52	3,17	1,64
7. Zahvaljujući IKT-u osjećam da ljudi brinu o meni.	28,8	11,5	21,2	9,6	28,8	0,0	100	52	2,98	1,60
8. Zahvaljujući IKT-u mogu zatražiti pomoć od obitelji i prijatelja.	26,9	9,6	17,3	3,8	42,3	0,0	100	52	3,25	1,70
9. Kad god se osjećam tužno, koristim se IKT-om.	40,4	11,5	25,0	7,7	15,4	0,0	100	52	2,46	1,47
10. Kad god se osjećam usamljeno, koristim se IKT-om.	36,5	19,2	28,8	5,8	9,6	0,0	100	52	2,33	1,29
11. Kad god se ne osjećam voljeno, oslanjam se na IKT.	46,2	13,5	32,7	3,8	3,8	0,0	100	52	2,06	1,14
12. Kad mi je dosadno, okrećem se IKT-u.	38,5	17,3	26,9	9,6	7,7	0,0	100	52	2,31	1,29
13. IKT mi pomaže da dogovorim sastanke i proslave s prijateljima i obitelji.	36,5	7,7	21,2	5,8	28,8	0,0	100	52	2,83	1,66
14. IKT mi pomažu da imam jasnu svrhu i smjer u životu.	48,1	11,5	21,2	11,5	7,7	0,0	100	52	2,19	1,36

DOŽIVLJAJI USAMLJENOSTI I SAMOĆE

Usamljenost

Postojeće definicije usamljenosti mogu se klasificirati u tri skupine. Prva skupina usamljenosti pristupa kao deficitu u socijalnim odnosima, druga usamljenost smatra subjektivnim iskustvom koje je povremeno svojstveno većini osoba, dok posljednja skupina usamljenost određuje kao bolno i neugodno iskustvo (Klarin 2003.; prema Lacković-Grgin, 2008.). Samoća se opisuje kao razvojno značajno iskustvo u procesu samospoznavanja.

Teorije društvenog i emocionalnog razvoja tijekom životnog vijeka ukazuju da se zadovoljstvo i društvena dobrobit povećavaju u kasnijem životu (Charles i Carstensen, 2010.) i da su to snage koje se mogu iskoristiti za promicanje mentalnog zdravlja i blagostanja. Nasuprot tome, nedostatak značajnih društvenih veza, uključujući „objektivnu“ društvenu izolaciju (npr. malo društvenih veza ili niska učestalost društvenih interakcija), društvenu podršku i usamljenost - povezani su sa smanjenom kvalitetom života (dobrobit, depresivni simptomi; Caciopo i sur., 2010.) nezdravim ponašanjima (pušenje, nezdrava prehrana i nedostatak tjelovježbe; Shankar i sur., 2011.) i nepovoljnim zdravstvenim ishodima (kardiovaskularne bolesti, metabolički sindrom, hipertenzija, bol, umor, nesanica, depresija, samoubojstvo i smrtnost; Shankar i sur., 2011.; Hawkley i sur., 2010.; Waern i sur., 2003.; Lou i sur.; 2012.).

Uzimajući u obzir navedena istraživanja o posljedicama usamljenosti, smatrali smo opravdanim, s obzirom na specifičnu situaciju pandemije, vidjeti kakav je doživljaj usamljenosti i samoće te procjene podrške drugih kod osoba koje su u institucionalnom smještaju.

U Tablici 26 prikazana je procjena podrške te možemo vidjeti da je veliki postotak ispitanika odgovorio *da, uvijek* – 71,2%. Zatim, 21,2% ispitanika odgovara *da, samo ponekad kada mi je teško* te 7,7% *ne, nikada*. Ovi rezultati ukazuju da jedan dio ispitanika ipak nema socijalnu podršku. Svakako bi u daljnjim istraživanjima bilo uputno ispitati razloge ovakvih nalaza, budući da prethodno navedena istraživanja ukazuju na različite posljedice socijalne izolacije.

Procjena bliskosti s drugima (Tablica 27) pokazuje da starije osobe možemo podijeliti u dvije skupine – one koje imaju bliske odnose s 2-3 osobe (40,4%) i one koji imaju bliske odnose s

više osoba (48,1%). Kako smo već ranije istaknuli, socijalna mreža u starosti je sve manja (odlazak u mirovinu, smrt supružnika i prijatelja), te jedan dio ispitanika vjerojatno nema motiv za novo upoznavanje i bliskost. Također, drugi razlog može biti zbog malog broja članova obitelji (npr., mali broj djece, ili samci bez djece). Svakako treba spomenuti i ispitanike koji navode da ne osjećaju bliskost s niti jednom osobom (11,5%; Tablica 27) te ustanoviti koji su razlozi za ovo stanje te kakvo je psihičko zdravlje ovih osoba. Naime, kod starijih osoba često udovištvo i/ili depresija može biti razlog socijalne izolacije (Caciopo i sur., 2010.).

Tablica 26. Procjena podrške drugih

Imate li ljude na koje se možete osloniti za bilo kakvu pomoć?			
	f	%	cf %
da, uvijek	37	71,2	71,2
da, samo ponekad kada mi je jako teško	11	21,2	92,3
ne, nikada	4	7,7	100
ukupno	52	100	

Tablica 27. Procjena bliskosti s drugima

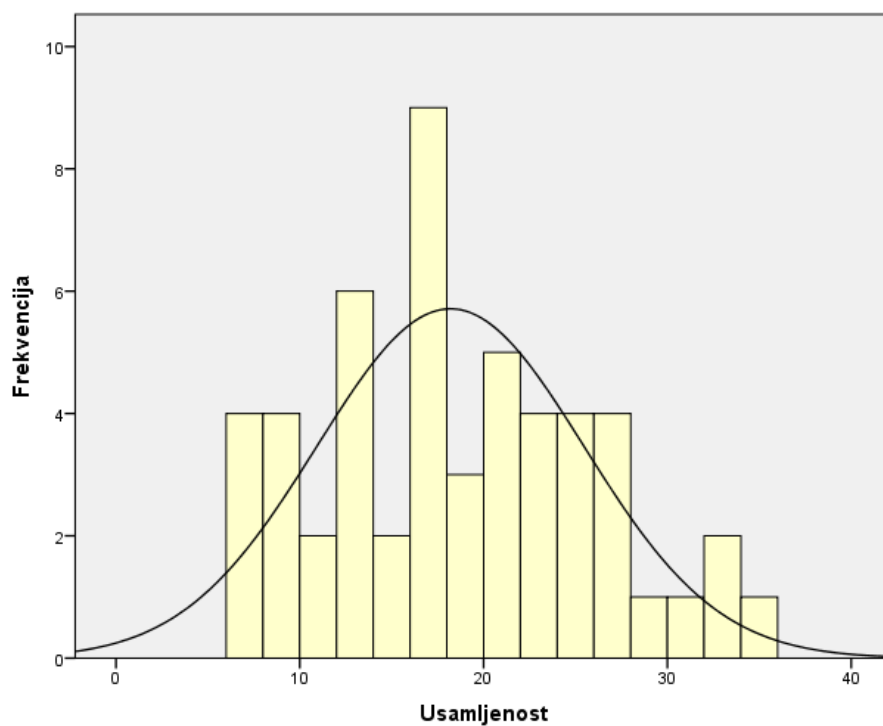
S koliko osoba osjećate bliskost?			
	f	%	cf %
s niti jednom osobom	6	11,5	11,5
s nekoliko osoba (2-3)	21	40,4	51,9
s više osoba	25	48,1	100
ukupno	52	100	

Kratka verzija skale usamljenosti (Tablica 29) sadrži 7 čestica i ima umjerenu pouzdanost (Cronbach alfa iznosi 0,77; Tablica 28). Ukupni rezultat varira od 7 do 35 ($M=18,19$; $sd=7,26$), pri čemu viši rezultat upućuje na veću izraženost usamljenosti. Rezultati se distribuiraju prema normalnoj raspodjeli ($K-S=0,08$; $p>0,05$; Tablica 28).

Tablica 28. Metrijska i deskriptivna obilježja Kratke verzije skale usamljenosti

Kratka verzija skale usamljenosti	
N	52
Min	7
Max	35
M	18,19
Sd	7,263
Skewness (asimetrija distribucije rezultata)	,300
Kurtosis (spljoštenost distribucije rezultata)	-,577
Kolmogorov-Smirnov Test (K-S)	,084
p*	,200
broj čestica	7
Cronbach Alfa	,777

* Lilliefors korekcija značajnosti



Slika 8. Prikaz raspodjele ukupnog rezultata na Kratkoj verziji skale usamljenosti

U Tablici 29 prikazana su deskriptivna obilježja *Kratke verzije skale usamljenosti*. Tvrdnja *Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom* ima najveću srednju vrijednost ($M=3,15$; $sd=1,63$), slijedi tvrdnja *S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje* ($M=3,12$; $sd=1,59$). Također su i visoke vrijednosti tvrdnji *Nitko me dobro ne poznaje* i *Nedostaje mi društvo*. Čini se da bez obzira što jedan dio ispitanika osjeća usamljenost, ipak tvrdnja *Nesretan sam što sam tako povučen* ($M=2,02$; $sd=1,63$), na neki način „daje nadu“ da ih ta usamljenost ne pogađa previše. Također, ove rezultate možemo protumačiti na način da se radi o sobama koje su smještene u instituciju te je moguće da se zbog preseljenja u novoj sredini ne osjećaju povezano s nepoznatim ljudima. Također, drugi razlog može biti zbog visoke dobi, iako se istraživači oko povezanosti dobi i usamljenosti razlikuju. Tako Rokach (2000.) ističe da se usamljenost više javlja u kasnoj adolescenciji, Luhmann i Hawkley (2016.) ističu povećanje usamljenosti u srednjoj dobi, dok Fees i suradnici (1999.) te Jylha (2004.) govore o povećanju usamljenosti kod starijih osoba. Razlozi povećanja usamljenosti u starijoj dobi mogu biti: udovištvo, siromaštvo, lošije zdravstveno stanje, invaliditet (Tijhuis i sur., 1999.). Jedan od razloga ovakvih rezultata može biti i radi uvođenja mjera protiv širenja pandemije (zabrana posjeta domovima za starije) te ispitanici nisu mogli kontaktirati na uobičajen način sa članovima svoje obitelji i prijateljima, unatoč ranije navedenim rezultatima da je komunikacija s članovima obitelji bila učestalija nego inače. Većina istraživanja vezanim uz kvalitetu života starijih osoba u vrijeme pandemije COVID -19 ističe porast usamljenosti (Emerson, 2020.; Kotwal i sur., 2021.; Krendl i Perry, 2021.). Unatoč relativno dobrim rezultatima na skali usamljenosti u našem istraživanju (rezultati se distribuiraju prema normalnoj raspodjeli), osjećaj straha, usamljenosti i neizvjesnosti, vjerojatno se, bez obzira na neke objektivne dobre okolnosti, kod dijela ispitanika zadržao. Svakako bi u daljnjim ispitivanjima trebalo ove rezultate usamljenosti ispitati (npr. podpitanjima otvorenog tipa). Također, treba uzeti u obzir i druge rizične faktore koje smo prethodno naveli (Tijhuis i sur., 1999.), a koji mogu doprinjeti usamljenosti kod jednog dijela ispitanika.

Zaključno možemo reći da se rezultati na Kratkoj verziji skale usamljenosti distribuiraju prema normalnoj raspodjeli te s obzirom na situaciju pandemije i mjere koje su uvedene radi sprečavanja širenja iste, ukazuju na stabilnost, otpornost i prilagodbu osoba starije dobi na novonastalu situaciju.

Tablica 29. Deskriptivna obilježja čestica Kratke verzije skale usamljenosti

Kratka verzija skale usamljenosti									
Tvrdnje:	%						N	M	sd
	uopće se ne odnosi na mene	uglavnom se ne odnosi na mene	nitko se ne odnosi, nitko se odnosi na mene	uglavnom se odnosi na mene	u potpunosti se odnosi na mene	ukupno			
1. Nedostaje mi društvo.	48,1	1,9	11,5	13,5	25,0	100	52	2,65	1,74
2. Već dugo nisam ni sa kim blizak.	53,8	9,6	13,5	11,5	11,5	100	52	2,17	1,48
3. S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje.	28,8	3,8	23,1	15,4	28,8	100	52	3,12	1,59
4. Nitko me dobro ne poznaje.	36,5	15,4	15,4	5,8	26,9	100	52	2,71	1,65
5. Moji socijalni odnosi su površni.	48,1	3,8	25,0	9,6	13,5	100	52	2,37	1,50
6. Nesretan sam što sam tako povučen.	63,5	5,8	9,6	7,7	13,5	100	52	2,02	1,51
7. Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom.	28,8	3,8	23,1	11,5	32,7	100	52	3,15	1,63

Strategije suočavanja s usamljenosti

Sudionicima je postavljeno otvoreno pitanje „*Što za Vas znači biti usamljen?*“ Tri najučestalija odgovora su upućivala na to da usamljen znači **biti tužan i potišten** (28%), **biti (sam) bez bliskih osoba s kojima bi htio biti** (20%) te **biti napušten (od voljenih osoba)** (8%). Preostali odgovori su se uglavnom odnosili na njihova osobna iskustva ili odsustvo iskustva usamljenosti. Također, bilo je i nekoliko mišljenja koja se nisu podudarala s ostalima, npr. da usamljen znači „*biti nemirnog duha*“, „*biti opterećen s nečim*“ i sl. (N=50)

Na pitanje „*Možete li navesti situacije u kojima se osjećate usamljeno?*“ najčešće su odgovarali da se **ne osjećaju usamljeno ili da nemaju iskustva s tim situacijama** (36,17%) ili pak da se **osjećaju usamljeno (gotovo) svaki dan** (14,89%).

Situacije koje su isticali su najčešće bile **sjećanje i razmišljanje o preminulim bliskim osobama** (14,89%) ili **o prošlosti** (posebno za vrijeme blagdana ili vikenda) (8,51%). Također, kao situaciju u kojoj se osjećaju usamljeno su navodili **zatvorenost u domu zbog COVID -19 pandemije** (4,26%). Kao dodatne pojedinačne situacije su navodili: „*kad me netko naljuti ili kad se netko otrese o mene*“, „*kada pada kiša*“, „*kad je težak dan*“, „*kad razmišljam kakva me bolest snašla*“ i sl. (N=47). Ovi rezultati upućuju na zaključak da su ispitanici malo pogođeni usamljenošću radi pandemije te da ih više okupiraju razmišljanja o preminulim bliskim osobama i prošlosti.

Učinjena je objedinjena analiza odgovora na pitanja: „*Što činite kada osjećate usamljenost?*“ i „*Kako nastojite smanjiti ili prevladati osjećaj usamljenosti?*“ zato jer su se odgovori uglavnom ponavljali. Sudionici su najčešće navodili da **slušaju radio, gledaju televiziju ili čitaju** (36,11%), da se **bave s hobijima ili nekim aktivnostima i zanimanjima** (27,78%), da **sami sebe ohrabruju i tješe da će biti bolje te da će i to proći** (25%). Nadalje, sudionici navode kada osjećaju usamljenost da se **bave fizičkim aktivnostima** (šetaju) (22,22%), **razgovaraju s obitelji ili prijateljima** (22,22%) ili pak **odmaraju i spavaju** (13,89%). Pojedinačni odgovori su ukazivali i na druge strategije poput: „*plačem ili idem na groblje*“, „*ne poduzimam ništa*“ ili pak „*nisam usamljena*“ (N=36). U istraživanju koje su proveli Lacković-Grgin, Penezić i Sorić (1998.a) na području Hrvatske, utvrđeno je da su žene usamljenije od muškaraca, a spolne razlike objašnjene su činjenicom da su žene introspektivnije i da lakše verbaliziraju svoje osjećaje. Muškarci, s druge strane, nisu skloni iznošenju svojih osjećaja, odnosno, teže priznaju da su usamljeni. Jedno objašnjenje moglo bi biti i da je veća usamljenost

žena posljedica njihovih većih investiranja u interpersonalne odnose i većih očekivanja od tih odnosa te veće diskrepancije između željenog i ostvarenog. I u našem istraživanju većina ispitanika su bile žene (73,1%) te je zanimljivo uočiti kako su najčešće strategije suočavanja upravo one koje potvrđuju i druga istraživanja: povećana aktivnost i mreža socijalne podrške. *Mreža socijalne podrške* te *povećana aktivnost* kategorije su suočavanja s usamljenošću bez obzira na spol i bračni status. U istraživanju autorice Rokach (2001.), ispitanici su istaknuli *izgradnju nove socijalne mreže* kao način zamjene razočaravajućih i neučinkovitih socijalnih odnosa koje su imali prije. Brojni su autori utvrdili da je izgradnja socijalne mreže i uspostava bliskih odnosa jedan od najučinkovitijih strategija suočavanja s usamljenošću. Upravo zbog toga i ne čudi da je mreža socijalne podrške najčešće korištena strategija suočavanja sa usamljenošću i u ovom istraživanju. S druge strane, *povećana aktivnost* je također faktor koji je u brojnim istraživanjima doveden u vezu s usamljenošću. Prema Rokach (2001.), suočavanje s usamljenošću uključuje nastavak življenja i funkcioniranja unatoč promijenjenim okolnostima.

Ove pozitivne strategije suočavanja s usamljenosti možemo povezati i s rezultatima samoprocjene svoje osobnosti (Tablica 30). Naime, većina ispitanika (88,5%) sebe opisuje kao vedre i optimistične osobe, odnosno umjereno optimistične osobe. Stoga je za očekivati da će osobe koje sebe procjenjuju kao optimistične tražiti aktivne načine suočavanja s usamljenosti.

Tablica 30. Samoprocjena svoje osobnosti

Kako biste se opisali?	f	%	cf %
kao vedru i optimističnu osobu	22	42,3	42,3
kao umjereno optimističnu osobu	24	46,2	88,5
kao umjereno pesimističnu osobu	3	5,8	94,2
kao jako pesimističnu osobu	3	5,8	100
ukupno	52	100	

Samoća

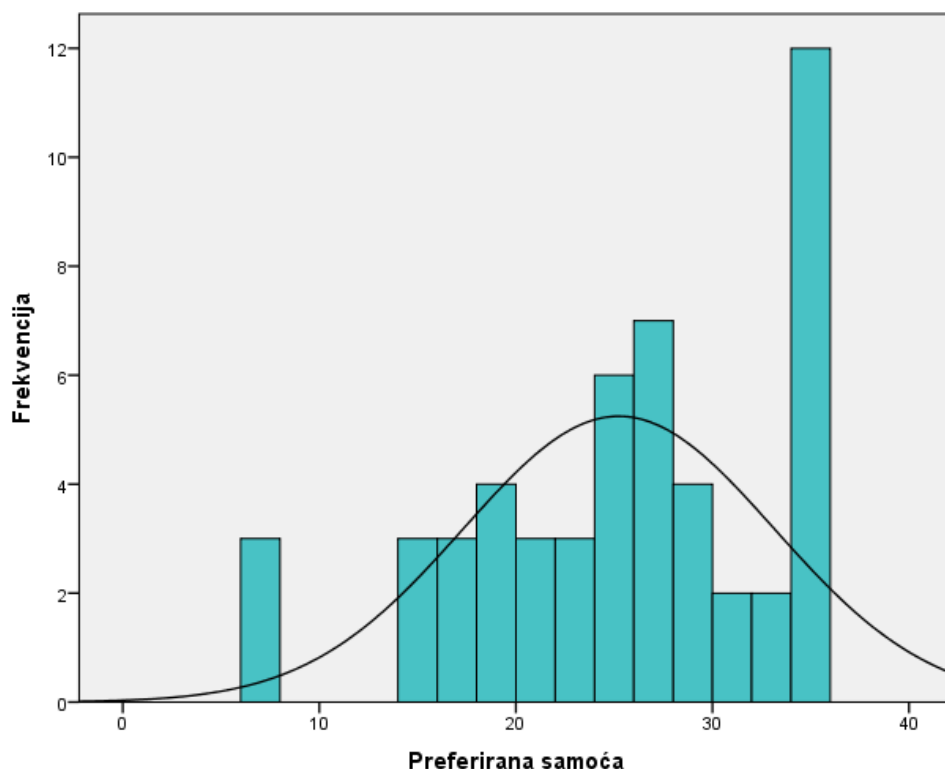
Samoća se razlikuje od usamljenosti kad uključuje želju osobe da bude sama pri čemu ne doživljava neugodne nego ugodne emocije. Storr (1988.) navodi da je želja za samoćom znak unutarnje sigurnosti, a ne nesigurnosti. Burger (1995.) nalazi da introvertirane osobe više preferiraju samoću od ekstravertiranih. Više autora nalazi da aktivna samoća može poslužiti kao efikasno suočavanje s usamljenošću.

Ukupni rezultat na *Skali preferirane samoće* varira u rasponu od 7 do 35 ($M=25,23$; $sd=7,91$; Tablica 31), pri čemu viši rezultat upućuje na veću preferiranu samoću. Distribucija rezultata značajno odstupa od normalne ($K-S= 0,12$; $p<0,05$). Budući da je primjetna negativna asimetrija (u lijevo) može se zaključiti da su sudionici skloniji više preferirati samoću nego što bi se očekivalo prema normalnoj raspodjeli rezultata (Slika 9). Skala sadrži 7 čestica i ima visoku pouzdanost (Cronbach $\alpha=0,83$).

Tablica 31. Metrijska i deskriptivna obilježja Skale preferirane samoće

Skala preferirane samoće	
N	52
Min	7
Max	35
M	25,23
Sd	7,908
Skewness (asimetrija distribucije rezultata)	-,544
Kurtosis (spljoštenost distribucije rezultata)	-,313
Kolmogorov-Smirnov Test (K-S)	,123
p*	,048
broj čestica	7
Cronbach Alfa	,827

* Lilliefors korekcija značajnosti



Slika 9. Prikaz raspodjele ukupnog rezultata na Skali preferirane samoće

U Tablici 32 prikazana su deskriptivna obilježja *Skale preferirane samoće*. Najviše vrijednosti su dobivene za tvrdnje: 7. *Vrijeme koje provedem sam za mene je izgubljeno.* – $M=3,98$; $sd=1,53$; i 6. *Osjećam se nelagodno kad sam sam.* – $M=3,94$; $sd=1,56$. Kako je ranije navedeno u Metodologiji, raspon vrijednosti za svaku tvrdnju se kretao od 1-5, a veća vrijednost znači i veću preferiranu samoću. Prethodno navedene tvrdnje su rekodirane te je zanimljivo da imaju najveće vrijednosti. S druge strane tvrdnja br. 1. *Raduje me moja samoća.* – $M=3,04$; $sd=1,71$ ima najnižu vrijednost. Rezultate možemo interpretirati na način da većina starijih osoba svoju samoću ne doživljava kao nelagodno iskustvo, niti kao izgubljeno vrijeme, no također niti kao izrazito radosno iskustvo. Naime, prema nekim teorijama starenja starije osobe imaju potrebu pregleda svog života (vrednovanja i revrednovanja životnih uspjeha i neuspjeha) što im upravo vrijeme osame dopušta (Erikson i Erikson, 1997.; Tornstam, 2000.). Također, u vrijeme osame bave se hobijima i aktivnostima koje vole, kako je i ranije istaknuto u suočavanju s usamljenošću. Jedno od objašnjenja većih rezultata na Skali preferirane samoće može biti i veći osjećaj sigurnosti radi zaštite i očuvanja zdravlja (s obzirom na vrijeme pandemije).

Tablica 32. Deskriptivna obilježja čestica Skale preferirane samoće

Skala preferirane samoće									
Tvrdnje:	%						N	M	sd
	uopće se ne odnosi na mene	uglavnom se ne odnosi na mene	niti se ne odnosi, niti se odnosi na mene	uglavnom se odnosi na mene	u potpunosti se odnosi na mene	ukupno			
1. Raduje me moja samoća.	32,7	7,7	19,2	3,8	36,5	100	52	3,04	1,71
1. Volim društvo samoga sebe.	17,3	11,5	19,2	7,7	44,2	100	52	3,50	1,57
2. Volim biti sam sa svojim mislima.	13,5	7,7	13,5	11,5	53,8	100	52	3,85	1,49
3. Ponekad sam radije sa svojim mislima nego s prijateljima.	34,6	1,9	13,5	9,6	40,4	100	52	3,19	1,77
4. Imam posebno mjesto koje je samo moje.	21,2	5,8	5,8	13,5	53,8	100	52	3,73	1,65
5. Osjećam se nelagodno kad sam sam®.	15,4	7,7	7,7	5,8	63,5	100	52	3,94	1,56
6. Vrijeme koje provedem sam za mene je izgubljeno®.	17,3	1,9	5,8	15,4	59,6	100	52	3,98	1,53

Zaključno, navedeni rezultati Skale usamljenosti distribuiraju se prema normalnoj raspodjeli. Najčešće strategije suočavanja s usamljenošću u starijoj dobi su: povećana aktivnost i mreža socijalne podrške. Sudionici ovog istraživanja skloniji su preferirati samoću nego što bi se očekivalo prema normalnoj raspodjeli rezultata.

KVALITETA ŽIVOTA I NADA

Kvaliteta života

U ovom istraživanju korištena je *Skalu kvalitete življenja* (Krizmanić i Kolesarić, 1992.). Kvaliteta života je opisna kao psihološka kategorija koja ne proizlazi iz zadovoljavanja osnovnih potreba, već iz ukupne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi i temelji se na subjektivnoj procjeni (Krizmanić i Kolesarić, 1989.).

Radi nastale promjene u socijalnoj okolini (prisutnost pandemije) smatrali smo vrijednim ispitati kvalitetu života starijih osoba u institucionalnom smještaju, koji su nastalom situacijom bili dosta pogođeni. Prema Tilburg i sur. (2020.) uopćavanje općih prijetnji u društvu pridonosi padu blagostanja i smanjenju kvalitete života starijih osoba. U istraživanju koje je proveo Chee (2020.) u domovima za starije i nemoćne, sudionici su istaknuli kako neke ranjive osobe koje imaju respiratorne poteškoće i ostale kronične bolesti izbjegavaju interakciju s ostalim članovima doma (radi straha od zaraze), što dovodi do osjećaja usamljenosti i frustracije.

Prije interpretacije rezultata Skale kvalitete života, opisat ćemo njene metrijske karakteristike (Tablica 33, Slika 10).

Ukupni rezultat na Skali kvalitete življenja formiran je na temelju odgovora samo 20 sudionika, budući da ih je toliko dalo odgovore na sva ponuđena pitanja u skali. Pod tim vidom, potrebno je s oprezom interpretirati metrijska obilježja skale.

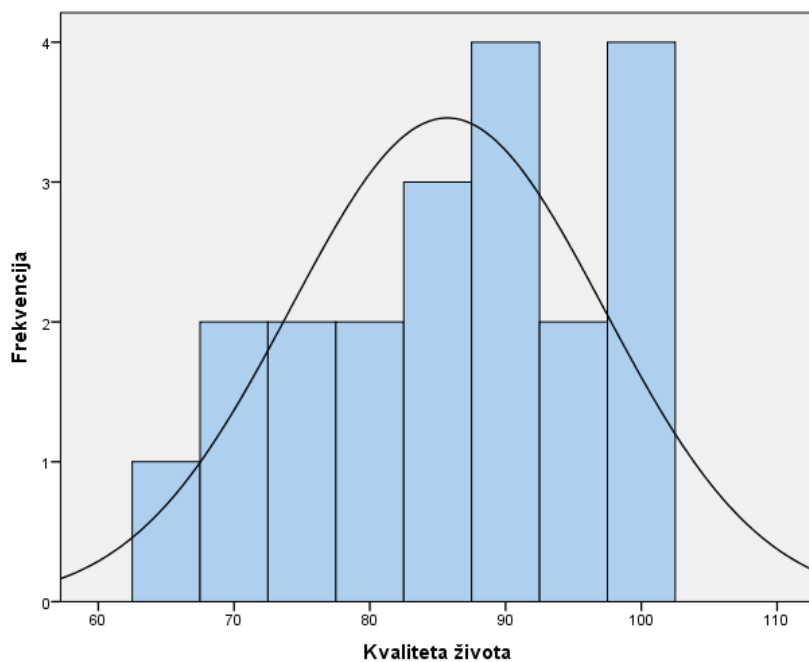
Skala se sastoji od 21 čestice koje imaju isti raspon odgovora (1-5), stoga je samo na njima izračunata i utvrđena visoka pouzdanost (Cronbach $\alpha=0,85$). Skala sadrži dvije dodatne tvrdnje („Očekujete li da ćete u budućnosti ostvariti ono što do sada još niste uspjeli?“ i „Ako uspoređujete svoj život sa životom svojih prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda, onda je Vaš život općenito:“), koje će se u daljnjim analizama tretirati zasebno.

Minimalni ukupni rezultat skale iznosi 65, dok maksimalni iznosi 101 ($M=85,70$; $sd=11,53$). Distribucija rezultata ne odstupa značajno od normalne ($K-S=0,14$; $p>0,05$), iako bi se u općoj populaciji mogla očekivati negativno asimetrična raspodjela. To se može pripisati nedostatnoj veličini uzorka ili možda specifičnosti populacije starijih kojima je kvaliteta života lošija nego što je za očekivati u općoj populaciji.

Tablica 33. Metrijska i deskriptivna obilježja Skale kvalitete življenja

Kvaliteta života	
N	20
Min	65
Max	101
M	85,70
Sd	11,535
Skewness (asimetrija distribucije rezultata)	-,349
Kurtosis (spljoštenost distribucije rezultata)	-1,107
Kolmogorov-Smirnov Test (K-S)	,145
p*	0,200
broj čestica	21
Cronbach Alfa	,848

* Lilliefors korekcija značajnosti



Slika 10. Prikaz raspodjele ukupnog rezultata na Skali kvalitete življenja

Rezultati deskriptivnih obilježja *Skale kvalitete življenja* prikazani su u Tablici 34. Za sve tvrdnje od (1-16) koje se odnose na prediktorske varijable, dobivene su srednje vrijednosti veće od 3 (raspon od 1-5), što ukazuje na visoke vrijednosti kvalitete života. Ako pogledamo pojedinačne tvrdnje u navedenoj tablici možemo vidjeti da su starije osobe najviše zadovoljne *Druženjem s prijateljima, kolegama i susjedima* (M=4,65; sd=0,76). Slijede tvrdnje koje zauzimaju drugo mjesto: *Moji unuci za mene su izvor...* (M=4,57; sd=1,17). i *Moja djeca za mene su izvor...* (M=4,56; sd=1,05). Treće mjesto zauzima tvrdnja: *Posao koji sam radio/la pružao mi je...* (M=4,51; sd=0,90). Čvrto mjesto dijele tvrdnje: *Moja snaha/zet čine mi...* (M=4,37; sd=1,19) i *Svojim stanovanjem sam..* (M=4,35; sd=1,05), dok je na petom tvrdnja: *Podrijetlo obitelji (u kojoj sam rođen i odrastao) čini mi..* (M=4,29; sd=1,19).

Najniže vrijednosti se odnose na tvrdnje koje spadaju u kriterijske varijable (tvrdnje od 17 do 23). Tako prvo mjesto s najnižom vrijednosti zauzima tvrdnja: *Očekujete li da ćete u budućnosti ostvariti ono što do sada još niste uspjeli?* (M=2,31; sd=1,24). Drugo mjesto dijele dvije tvrdnje: *Koliko ste općenito zadovoljni svojim životom u posljednjih godinu dana?* (M=3,31; sd=1,34) i *Ako uspoređujete svoj život sa životom svojih prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda, onda je Vaš život općenito...* (M=3,33; sd=0,84).

Istraživanja o kvaliteti života starijih osoba u vrijeme pandemije govore u prilog smanjenoj kvaliteti života (Chee, 2020.; Tilburg i sur., 2020.; Klaiber i sur., 2020.). No, istraživanja je teško komparirati jer se radi o različitim obilježjima starijih osoba (donja granica dobi je ponekad 50 godina – a treba biti 65!; okolnosti u kojima žive starije osobe su različite – u vlastitom domu, bolnici, domu za starije; zdravstveno stanje varira – od jako zdravih do jako bolesnih; uzork je često prigodan i/ili malen).

Ipak, temeljem dobivenih rezultata možemo vidjeti da su ispitanici su ovom istraživanju najviše zadovoljni druženjem sa svojim prijateljima, kolegama i znancima; da su im unuci i djeca veliki izvor zadovoljstva te da im je i posao koji su obavljali pružao veliko zadovoljstvo. Naime, za sve ove tvrdnje vrijednosti medijana su iznad 4,5. Kao što je i ranije navedeno rezultati ukazuju na važnost socijalnih kontakata u starijoj dobi te važnom izvoru zadovoljstva, no također da povezanost s obitelji ima važnu ulogu u procjeni kvalitete života (Gabriel i Bowling, 2004.; Lovreković i Leutar, 2010.). Zadovoljstvo poslom koje su osobe obavljale u svojoj radnoj karijeri je visoko vrednovano i također predstavlja važan parametar za osjećaj integriteta u starijoj dobi (Erikson i Erikson, 1997.). Slične rezultate za zadovoljstvo poslom kod domske populacije (za mlađe starije 4,28; a za starije starije 4,20) navodi i Štambuk (2018.: str 111)

Zanimljiv je svakako i podatak da su ispitanici vrlo zadovoljni i svojim stanovanjem. Naime, većina njih žive sami u svojim sobama u domu, dok bračni parovi žive zajedno. Ovakav način života pruža im mogućnost za bavljenje onim aktivnostima koje vole te im pruža slobodu u organizaciji vremena. S druge strane, imaju mogućnosti i sudjelovanja u zajedničkim aktivnostima i druženjima s prijateljima kada za tim imaju potrebu. Slične vrijednosti u zadovoljstvu smještajem u domu navode Lovreković i Leutar (2010.). Ipak, treba istaknuti da više i visoko obrazovani su nešto zadovoljniji smještajem ($M=4,43$) u odnosu na ispitanike SSS ($M=4,30$) i one sa završenom osnovnom školom ($M= 4,26$). Budući da je u našem istraživanju sudjelovalo oko 40% ispitanika višeg i visokog obrazovanja, bilo je za očekivati ovakve vrijednosti.

Što se tiče najnižih vrijednosti koje smo dobili na Skali kvalitete življenja, također možemo reći da su očekivane. Naime, tvrdnju koja ima najniže vrijednosti *Očekujete li da ćete u budućnosti ostvariti ono što do sada još niste uspjeli?* možemo protumačiti na način da jedan dio starijih osoba (zbog svog zdravstvenog stanja i/ili svjesnosti visoke dobi) smatra da nema vremena za ostvarenje onog što nisu napravili. Tvdnja koja je također nisko vrednovana je *Koliko ste općenito zadovoljni svojim životom u posljednjih godinu dana?* ($M=3,31$; $sd=1,34$), što možemo protumačiti promijenjenim okolnostima života zbog pandemije COVID-19, koje su vjerojatno utjecale na opće zadovoljstvo i kvalitetu života.

Navedeni rezultati upućuju na zaključak da je kvaliteta života osoba koje su sudjelovale u ovom istraživanju visoka (unatoč pandemiji!), no rezultate treba uzeti s oprezom budući da se radi o malom i prigodnom uzorku, odnosno o osobama koje su većinom više/visoko obrazovane te su relativno dobrog zdravlja (sve su smještene na stambenom dijelu doma), većina ih se bavi slobodnim aktivnostima i hobijima, učestalo komuniciraju s članovima obitelji i prijateljima te sebe opisuju kao optimistične.

Tablica 34. Deskriptivna obilježja čestica Skale kvalitete življenja

Skala kvalitete življenja										
Tvrdnje:	%							N	M	sd
	jako nezadovoljstvo	malo nezadovoljstvo	ni zadovoljstvo, ni nezadovoljstvo	malo zadovoljstvo	jako zadovoljstvo	nedostajući podatak ili nije imao takvo iskustvo	ukupno			
1. Podrijetlo obitelji (u kojoj sam rođen i odrastao) čini mi:	5,8	3,8	13,5	9,6	67,3	0	100	52	4,29	1,19
2. Obrazovanje koje sam stekao(la) pruža mi:	9,6	5,8	11,5	17,3	55,8	0	100	52	4,04	1,34
3. Posao koji sam radio(la) pružao mi je:	1,9	15,4	9,6	71,2	98,1	1,9	100	51	4,51	0,90
4. Druženje s prijateljima, kolegama, susjedima pričinja mi:	0	3,8	5,8	11,5	78,8	0	100	52	4,65	0,76
5. Osjećajna veza (ljubav) koju imam pruža mi:	11,5	5,8	9,6	7,7	59,6	5,8	100	49	4,04	1,46
6. Odnos s mojim bivšim suprugom (bivšom suprugom) pričinja mi:	11,5	1,9	7,7	7,7	46,2	25,0	100	39	4	1,50
7. Moja djeca za mene su izvor:	3,8	1,9	3,8	5,8	63,5	21,2	100	41	4,56	1,05
8. Moji unuci za mene su izvor:	5,8	0	1,9	1,9	57,7	32,7	100	35	4,57	1,17
9. Moja snaha/zet čine mi:	5,8	0	3,8	11,5	46,2	32,7	100	35	4,37	1,19
10. Svojim stanovanjem sam:	1,9	7,7	7,7	19,2	63,5	0	100	52	4,35	1,05
11. Svojim materijalnim stanjem sam:	1,9	15,4	15,4	23,1	44,2	0	100	52	3,92	1,19
12. Svojim položajem u društvu sam:	1,9	5,8	26,9	32,7	32,7	0	100	52	3,88	1,00
13. Društvena okolina u kojoj živim, demokratske slobode i prava pružaju mi:	1,9	1,9	44,2	25,0	26,9	0	100	52	3,73	0,95
14. Način na koji provodim slobodno vrijeme pruža mi:	5,8	3,8	17,3	23,1	50,0	0	100	52	4,08	1,17
15. Moje zdravstveno stanje pruža mi:	13,5	7,7	30,8	28,8	19,2	0	100	52	3,33	1,26
16. Moja vjera pruža mi:	1,9	5,8	15,4	15,4	50,0	11,5	100	46	4,2	1,09
<i>*nastavak tablice</i>										

	jako nezadovoljstvo	malo nezadovoljstvo	ni zadovoljstvo, ni nezadovoljstvo	malo zadovoljstvo	jako zadovoljstvo	nedostajući podatak ili nije imao takvo iskustvo	ukupno	N	M	sd	
17. Koliko ste općenito zadovoljni svojim dosadašnjim životom?	3,8	0	21,2	28,8	44,2	1,9	100	51	4,12	1,01	
18. Koliko ste općenito zadovoljni svojim životom u posljednjih godinu dana?	13,5	13,5	25,0	25,0	23,1	0	100	52	3,31	1,34	
19. Koliko ste općenito zadovoljni dosadašnjim ostvarenjem svojih ciljeva želja, nada?	3,8	7,7	17,3	30,8	38,5	1,9	100	51	3,94	1,12	
20. Kada bi se Vaš život nastavio takav kakav je danas, biste li time bili zadovoljni?	11,5	9,6	17,3	15,4	36,5	9,6	100	47	3,62	1,44	
21. Kada bi se vaš život nastavio takav kakav je danas, koliko zadovoljstvo bi Vam to pružalo?	7,7	9,6	21,2	23,1	36,5	1,9	100	51	3,73	1,28	
22.											
	%										
	sigurno neću	vjerojatno neću	ne znam	vjerojatno hoću	sigurno hoću	nedostajući podatak	ukupno	N	M	sd	
22. *Očekujete li da ćete u budućnosti ostvariti ono što do sada još niste uspjeli?	36,5	21,2	21,2	17,3	3,8	0	100	52	2,31	1,24	
23.											
24. %											
	puno gori	malo gori	ni bolji, ni gori	malo bolji	puno bolji	nedostajući podatak	ukupno	N	M	sd	
23. *Ako uspoređujete svoj život sa životom svojih prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda, onda je Vaš život općenito:	3,8	1,9	61,5	23,1	9,6	0	100	52	3,33	0,84	

*čestice unutar skale s drugačijim vrijednostima (predloženim odgovorima) u odnosu na ostale čestice

Nada

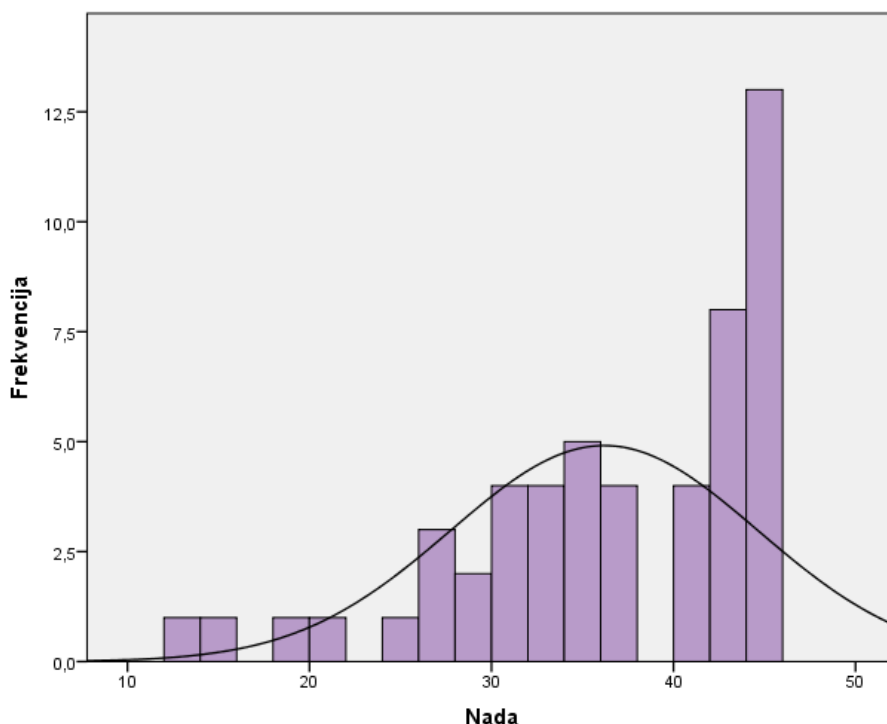
Nada je koncept duboko ugrađen u različite vjerske i filozofske tradicije. Na primjer, Toma Akvinski je opisao nadu kao strast koja slijedi nakon shvaćanja budućeg dobra koje je teško, ali ipak moguće postići. Također, on smatra da je uzrok nade iskustvo (Aquinas, 1948.). Snyder je konceptualizirao nadu kao dvije međusobno povezane kognitivne dimenzije: djelovanje i put (Snyder i sur., 1991.). Djelovanje se odnosi na odlučnost i predanost kako bi se pomoglo u kretanju u smjeru cilja, a put se odnosi na percepcijsku sposobnost ljudi da postignu svoje ciljeve i formuliraju alternativne planove kad se pojave prepreke. U mnogim istraživanjima nada ima jaku pozitivnu povezanost s različitim psihosocijalnim procesima i ishodima, poput emocionalne prilagodbe, pozitivnih osjećaja, zadovoljstva životom, osjećaja svrhe, kvalitete života i socijalne podrške (Ciarrochi i sur. 2015.; Stoyles i sur., 2015.). S druge strane, niske razine nade ili beznađa pozitivno su povezane s povećanim rizikom od problema s mentalnim zdravljem, poput anksioznosti, depresije i posttraumatskog stresnog poremećaja (Gerard i Booth, 2015.; Weinberg, 2016.).

Skala nade sastoji se od 9 čestica i ima visoku pouzdanost (Cronbach $\alpha=0,91$). Ukupni rezultat varira od 13 do 45 ($M=36,19$; $sd=8,45$), pri čemu viši rezultat upućuje na više izraženu nadu. Rezultati značajno odstupaju od normalne distribucije te pokazuju negativnu asimetriju ($K-S=0,16$; $p<0,05$).

Tablica 35. Metrijska i deskriptivna obilježja Skale nade

Skala nade	
N	52
Min	13
Max	45
M	36,19
Sd	8,448
Skewness (asimetrija distribucije rezultata)	-,902
Kurtosis (spljoštenost distribucije rezultata)	,203
Kolmogorov-Smirnov Test (K-S)	,158
p*	,002
broj čestica	9
Cronbach Alfa	,907

* Lilliefors korekcija značajnosti



Slika 11. Prikaz raspodjele ukupnog rezultata na Skali nade

Deskriptivna obilježja skale nade prikazana su u Tablici 36. Iz prikazanih vrijednosti za pojedine tvrdnje možemo vidjeti da se raspon kreće od 3,62 do 4,37. Tako tvrdnja 5. *Brinem se za svoje zdravlje* ima upravo najveću vrijednost, što s obzirom na dob ispitanika i specifičnost novonastale situacije ne iznenađuje. Naime, prema nekim istraživanjima više od 85% starijih osoba ima barem jednu ili više kroničnih bolesti, među kojima su bolesti srca, pluća, tumori, psihijatrijske bolesti, dijabetes, pušenje i sl. (Mušić, 2005.). Kardiovaskularne bolesti, među koje spadaju i problemi sa srcem, povišeni krvni tlak glavni su uzroci smrtnosti odraslih osoba u cijelome svijetu. Također, jedan od glavnih razloga dolaska u dom je upravo loše zdravstveno stanje (Lovreković i Leutar, 2010.). Nadalje, tvrdnja pod br. 8. *Prilično sam uspješan u životu* zauzima drugo mjesto ($M=4,27$; $sd=1,05$). Ovakav rezultat može upućivati na zaključak da se većina ispitanika osjeća uspješnim s obzirom na postignute rezultate tijekom života, da su zadržali pozitivno mišljenje o sebi (unatoč starenju) ali također upućuje na konstruktivnu prilagodbu na starost i starenje (Štambuk, 1998). Naime, kako postoje i drugi, manje uspješni načini prilagodbe (ovisnost, obrambeni tip reakcije, neprijateljstvo i samomržnja) konstruktivnost karakterizira dobra integriranost, uživanje u životu i uspostavljanje toplih afektivnih odnosa s okolinom. Takve osobe posjeduju smisao za humor, tolerantne su, fleksibilne i svjesne svojih dostignuća, neuspjeha i perspektiva. Upravo i druge tri tvrdnje koje zauzimaju treće mjesto dodatno potvrđuju dobru prilagodbu na starost i starenje: 9. *Nailazim*

na ciljeve koje sam uskladio sa sobom., 7. Prošla su me iskustva dobro pripremila za budućnost. 2. Čvrsto se držim svojih ciljeva. – raspona od 4,15 do 4,10). Kako je prethodno navedeno da je uzrok nade iskustvo (Aquinas, 1948.), a starije osobe su svakako u odnosu na sve dobne skupine u tome u prednosti, izgleda da su ovi ispitanici to iskustvo „iskoristili“ za bolju prilagodbu u ovom životnom periodu. Također, kako navodi Snyder i suradnici (1991.) da nada uključuje djelovanje i put, a prethodno navedeni rezultati suočavanja s usamljenošću, provođenja slobodnog vremena u aktivnostima koje ih raduju, uključenosti u aktivnosti, nalaženja smisla u osami kao i povezanosti s članovima obitelji i prijateljima te visokih vrijednosti na skali kvalitete života – govore u prilog tezi da većina ovih ispitanika na naki način spada u „povlaštene starije osobe“ koje su dobro prilagođene na dob u kojoj se nalaze kao i suočavanje s novonastalom situacijom pandemije te da su su sačuvali nadu kao važnu odrednicu očuvanja mentalnog zdravlja.

Rezultati Skale nade značajno odstupaju od normalne distribucije, što ukazuje na specifičnost naših ispitanika (kao podgrupe unutar korisnika doma za starije), koji su optimistični i dobro prilagođeni na starost i starenje, što je vjerojatno povezano s tim da iskazuju više nade. Također, ovo možemo potvrditi i prethodno navedenim pozitivnim rezultatima za različite varijable koje smo promatrali.

Tablica 36. Deskriptivna obilježja čestica Skale nade

Skala nade									
Tvrdnje:	%						N	M	sd
	potpuno netočno	uglavnom netočno	nititočno, nitinetočno	uglavnom točno	potpuno točno	ukupno			
1. Mogu misliti na mnogo načina kako se izvući iz neprilike.	9,6	5,8	25,0	19,2	40,4	100	52	3,75	1,31
2. Čvrsto se držim svojih ciljeva.	9,6	1,9	13,5	19,2	55,8	100	52	4,10	1,29
3. Postoji mnogo načina kako se može riješiti neki problem.	7,7	9,6	21,2	15,4	46,2	100	52	3,83	1,32
4. Mogu misliti na razne načine da dobijem stvari koje su mi u životu najvažnije.	13,5	3,8	26,9	19,2	36,5	100	52	3,62	1,37
5. Brinem se za svoje zdravlje.	5,8	3,8	9,6	9,6	71,2	100	52	4,37	1,17
6. Čak i kada se ostali obeshrabre, znam da ću naći način za rješenje problema.	11,5	1,9	15,4	19,2	51,9	100	52	3,98	1,35
7. Prošla su me iskustva dobro pripremila za budućnost.	5,8	3,8	15,4	21,2	53,8	100	52	4,13	1,17
8. Prilično sam uspješan u životu.	1,9	5,8	15,4	17,3	59,6	100	52	4,27	1,05
9. Nailazim na ciljeve koje sam uskladio sa sobom.	1,9	3,8	25,0	15,4	53,8	100	52	4,15	1,06

Povezanost kvalitete života i korištenja IKT-a

Utvrđena je značajna povezanost između zadovoljstva korištenjem IKT-a. i čestice iz Skale kvalitete življenja: *Očekivanja da će u budućnosti ostvariti ono što do sada još nisu uspjeli* ($r=0,513$; $p=0,025$; $N=19$). Oni sudionici koji aktivnije koriste IKT (zadovoljniji su s IKT), ujedno imaju više optimističan stav jer vjerojatno smatraju da će uspjeti ostvariti ono što su naumili.

Također je utvrđena značajna povezanost između zadovoljstva korištenjem IKT-om i čestice iz Skale kvalitete življenja: *Ako uspoređujete svoj život sa životom svojih prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda, onda je Vaš život općenito* ($r=0,628$; $p=0,004$; $N=19$). Oni sudionici koji aktivnije koriste IKT (zadovoljniji su IKT), ujedno procjenjuju svoj život boljim od drugih.

Dakle, oni ispitanici koji koriste IKT su ujedno skloniji većem optimizmu u usporedbi s drugima kao i većoj motivaciji za postizanjem osobnih ciljeva. Korištenje IKT nije značajno povezano s dobi sudionika.

Iako je uzorak mali ($N=19$) dobiveni rezultati o povezanosti između korištenja IKT-a i kvalitete života kod starijih osoba u skladu su s prethodnim istraživanjima koji su pokazali kako upotreba nekih oblika IKT-a, može potaknuti društvene odnose i imati pozitivne učinke na zdravlje i zadovoljstvo životom kod starijih osoba (npr. Hensel i sur., 2007., Matlabi & sur., 2011., Boz i Karatas, 2015.). Istraživanje kojeg su proveli Heo, Kim i Won (2011.) o povezanosti između korištenja interneta i zadovoljstva starijih osoba, naglašava da je korištenje interneta značajna aktivnost u slobodno vrijeme kod starijih, a zadovoljstvo korištenjem istog može pozitivno utjecati na njihovu dobrobit. Heo i sur. (2011.). došli su do sličnih zaključaka kao i prethodno navedena istraživanja, a to je da su starije osobe koje češće koriste internet zadovoljnije svojim slobodnim aktivnostima.

Povezanost kvalitete života i nade

Utvrđena je značajna povezanost između nade i *procjene/usporedbe svog života sa životom svojih prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda* ($r=0,543$; $p=0,016$; $N=19$). Oni sudionici koji su skloni većoj nadi, ujedno procjenjuju svoj život boljim od drugih.

Nadalje, utvrđena je značajna povezanost između nade i kvalitete življenja ($r=0,528$; $p=0,020$; $N=19$). Oni sudionici koji su skloniji većoj nadi procjenjuju svoj život kvalitetnijim.

Kao što je ranije navedeno nada ima jaku pozitivnu povezanost s različitim psihosocijalnim procesima i ishodima, poput emocionalne prilagodbe, pozitivnih osjećaja, zadovoljstva životom, osjećaja svrhe, kvalitete života i socijalne podrške (Ciarrochi i sur. 2015.; Stoyles i sur., 2015.), što je potvrđeno jednim dijelom i u ovom istraživanju.

METODOLOŠKA OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA I PREPORUKE ZA BUDUĆA ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja bio je ispitati kvalitetu života osoba starije životne dobi u vrijeme pandemije COVID – 19 koji žive u domu za starije osobe „Centar“ u Zagrebu. U istraživanju je sudjelovao mali broj ispitanika (52), a odabir sudionika prigodan (neprobabilistički), dakle uzorak je pristran u odnosu na cjelokupnu populaciju, a također i na populaciju korisnika u domovima za starije.

U budućim istraživanjima svakako bi trebao biti veći uzorak, a također bi se trebalo voditi brigu i oko reprezentativnosti u smislu zastupljenosti različitih podkategorija korisnika u domovima (npr. s obzirom na obrazovanje - uključiti i one s lošijom naobrazbom, s obzirom na uključenost u aktivnosti doma – uključiti i one koji ne sudjeluju u aktivnostima, s obzirom na zdravstveni status - npr. uključiti korisnike na stacionaru, ali kognitivno zdrave koji mogu odgovarati na pitanja, uključiti veći broj ispitanika koji nemaju članova obitelji ni prijatelje, a kojih je bilo i u ovom istraživanju).

Iako je teško postići reprezentativnost, jer treba voditi računa prije svega o dobrovoljnosti sudjelovanja (poznato je da u istraživanjima sudjeluju oni koji su otvoreniji za druženje, zdraviji i obrzovaniji), svakako bi bilo dobro provesti istraživanje i u drugim domovima, posebno privatnim kako bi se dobio bolji uvid u kvalitetu života starijih osoba. Naime, dom „Centar“ u Zagrebu je jedan od boljih domova i u Zagrebu, a u usporedbi s drugim domovima u Hrvatskoj, posebno onima u privatnom sektoru, sigurno po mnogim karakteristikama odstupa (lokacija, kvaliteta izgradnje, brojne usluge, broj stručnog osoblja u odnosu na broj korisnika, itd.).

Bilo bi svakako vrijedno istražiti kakva je kvaliteta života kod starijih osoba koje žive u vlastitom domu u odnosu na one koji žive u instituciji. Naime, s obzirom na pandemiju

COVID-19, možda je čak na neki način život u domu za starije bio i zaštitni čimbenik (više mogućnosti za druženje unutar samog doma te manje osamljenosti nego kod soba koje su živjele u vlastitom domu). Također, naši ispitanici su imali osigurane osnovne uvjete života o kojima nisu brinuli (hrana, zdravstvena skrb) što nije bio slučaj s mnogima koji žive sami u svojim domovima.

Poznato je da starije osobe često mogu davati u intervjuima socijalno poželjne odgovore (više nego druge dobne skupine) pa i ovaj parametar treba uzeti u obzir kod interpretacije rezultata. Poznato je da društvena poželjnost raste s godinama, bilo zato što stariji ljudi kompenziraju negativan način na koji je starenje stereotipizirano u našem društvu predstavljanjem pozitivnije slike o sebi ili zato što imaju više tradicionalnih vrijednosti i osjetljiviji su na društveno prihvaćene norme (Nicolini i sur., 2021.).

Ovo istraživanje svakako može poslužiti kao polazište za buduća istraživanja na većem i reprezentativnijem uzorku, ali do sada imamo osnova za pretpostaviti da će ovi fenomeni biti povezani. Nadalje, ovo istraživanje pokazuje da jedan dio starije populacije koji, unatoč visokim godinama i izazovima s kojima se susreću, posjeduju zavidnu razinu optimizma i nade, aktivnosti, prilagodljivosti kao i zdravog načina života, što može doprinjeti daljnjim istraživanjima zdravog i uspješnog starenja kao i smanjenju predrasuda o starijim osobama. Naime, često su starije osobe (a posebno one koje žive u domovima za starije!) na neki način smatraju „otpisanima“ i „pasivnima“, što je ovim istraživanjem svakako demantirano.

Zaključak

- U istraživanju je sudjelovalo 52 ispitanika od čega 73,1% žena (38) i 26,9% muškaraca (14) u rasponu dobi od 65 do 97 godina (M=82,48; sd=7,69; Medijan=84). Najveći postotak su udovaci odnosno udovice – 59,6%, dok oko 40% ispitanika u ovom istraživanju ima visoku i višu školu.

Sociodemografski podaci ispitanika pokazuju da se rezultati većinom odnose na žene, udovice, koje su u visokoj dobi te su boljeg obrazovanja u odnosu na starije osobe u ukupnoj populaciji.

ZDRAVSTVENO STANJE

- Samoprocjena zdravstvenog stanja ukazuje da je s obzirom na visoku dob (prosjek 82,48 godina) relativno dobra – oko 70% ih svoje zdravstveno stanje procjenjuju srednjim, vrlo dobrim i/ili odličnim.
- Mali postotak ispitanika osjeća potpunu stabilnost pri hodanju i kretanju – svega 11,5%.
- Ponašanje ispitanika vezano uz učestalost pušenja pokazuje dobre rezultate. Svega 13,5% osoba starije životne dobi svaki dan puši.
- Svega 11,5% ispitanika pije jednu do dvije čaše dnevno, a 88,5% nikada ili rijetko
- 32,7% ispitanika ima poteškoća sa spavanjem te ih 30,8% redovito koristi lijekove za spavanje
- Samoprocjena zdravstvenog stanja u odnosu na pandemiju je znatno pogoršana, posebno uzimajući u obzir da se radi o starijim osobama koje su smještene u stambenom dijelu doma. Naime, čak 44% ih smatra da se stanje promijenilo na gore.

Možemo zaključiti da sudionici u ovom istraživanju na neki način preventivno djeluju u korist svog fizičkog i psihičkog zdravlja prakticirajući zdrava ponašanja te im nedostatak aktivnosti koje su prakticirali utječe na lošiju samoprocjenu zdravstvenog stanja.

AKTIVNOSTI U DOMU

- Bez obzira na visoku dob ispitanika koji su sudjelovali u ovom istraživanju, fizičkom aktivnosti svaki dan ili gotovo svaki dan bavi se njih 30,8%, a 26,9% dva do tri puta tjedno.
- Preko polovice ispitanika (51,2%) sudjelovalo je prije pandemije u aktivnostima jednom ili dva puta tjedno što ukazuje na dobar odaziv na ponuđene aktivnosti u domu.
- 61,5% ispitanika smatra da je zbog primjene mjera protiv širenja pandemije broj aktivnosti smanjen, a oko 40% ispitanika su promjene u ukidanju aktivnosti koje su do tada obavljali doživjelo negativno.
- Aktivnosti koje ih najviše raduju su: šetnja i druženje (30,8%), zatim razgovor s obitelji i posjete (17,3%), slijedi ljepota u prirodi, unutarnji mir i veselje (13,5%).
- Aktivnosti koje najčešće obavljaju tijekom dana su: 51,2% ispitanika šeta, zatim 42,3% prati TV, radio ili internet te ih se 25% druži s prijateljima.

Navedeni rezultati upućuju na zaključak da su slobodne aktivnosti za veći dio ispitanika važne te da im promjene, odnosno ukidanje istih usljed pandemije, teško padaju. Također, ispitanici su u vrijeme pandemije prakticirali mnoge aktivnosti koje ih vesele (najviše šetnje i druženje te razgovor s obitelji), što ukazuje na aktivno suočavanje sa stresnim situacijama i otpornost - odnosno na aktivno, zdravo i uspješno starenje.

PODRŠKA I SOCIJALNI KONTAKTI

- Većina ispitanika (65,4%) je imala mogućnost razgovora sa socijalnim radnicima vezano uz promjenu aktivnosti, dok drugi nisu imali potrebu za takvim razgovorom.
- Većina ispitanika zadovoljna je primljenom podrškom u vrijeme pandemije (jako zadovoljnih je 55,8%, srednje zadovoljnih je 21,2%).
- Visoko je i zadovoljstvo primljenim informacijama od starne osoblja u domu o mjerama u vrijeme pandemije – jako zadovoljnih je 63,5% ispitanika.
- 50% ispitanika kontaktira 5 ili više dana u tjednu sa članovima obitelji, 11,5% do dva puta tjedno, 17,3% se čuju jednom mjesečno – što predstavlja dobru sliku povezanosti

starijih osoba s članovima obitelji (najčešće su to vlastita djeca), a najčešće komuniciraju putem mobitela (92%) i u živo (73,1%).

- 19,2% ispitanika kontaktira s prijateljima 5 ili više dana u tjednu, 17,3% dva puta tjedno, 26,9% jednom tjedno i jednom mjesečno. Najčešće komuniciraju putem mobitela (86,5%), a gotovo jedna trećina ima kontakte u živo (26,9%).

Podrška i socijalni kontakti od strane stručnog osoblja kao i učestalost kontakata ispitanika s obitelji i prijateljima je na vrlo visokoj razini što ukazuje na dobru prilagodbu na život u domu i osjećaj pripadnosti te dobru međugeneracijsku povezanost djece i roditelja kao i održavanje kontakata s prijateljima.

KORIŠTENJE INFORMACIJSKO – KOMUNIKACIJSKE TEHNOLOGIJE

- Pregledom distribucije rezultata moguće je uočiti da se dio sudionika vjerojatno ne koristi aktivno informacijsko-komunikacijskom tehnologijom zbog čega vjerojatno postižu niže ukupne rezultate, dok se među „aktivnim korisnicima“ zadovoljstvo korištenjem IKT normalno raspodjeljuje.

Korištenje IKT- a u vrijeme pandemije imalo je značajnu ulogu u kontaktima starijih osoba s članovima obitelji te im doprinjelo zadovoljstvu životom. Nadalje, vrlo mali broj ispitanika se služi IKT-om kada im je dosadno, da bi imali jasan smjer u životu te da bi se osjećali voljeno.

DOŽIVLJAJI USAMLJENOSTI I SAMOĆE

- *Rezultati Skale usamljenosti distribuiraju se prema normalnoj raspodjeli.*
- *Najčešće strategije suočavanja s usamljenošću u starijoj dobi su povećana aktivnost i mreža socijalne podrške.*
- *Sudionici ovog istraživanja više preferiraju samoću nego što bi se očekivalo prema normalnoj raspodjeli rezultata.*

KVALITETA ŽIVOTA I NADA

- *Kvaliteta života osoba koje su sudjelovale u ovom istraživanju je visoka (unatoč pandemiji!), no rezultate treba uzeti s oprezom budući da se radi o malom uzorku i o osobama koje su većinom više/visoko obrazovane, relativno su dobrog zdravlja (sve su smještene na stambenom dijelu doma), većina ih se bavi slobodnim aktivnostima i hobijima, učestalo komuniciraju s članovima obitelji i prijateljima te sebe opisuju kao optimistične.*
- *Visoki rezultati na Skali nade značajno odstupaju od normalne distribucije, što ukazuje na specifičnost naših ispitanika (kao podgrupe unutar korisnika doma za starije).*
- *Utvrđena je povezanost IKT-a i kvalitete života: ispitanici koji koriste IKT su skloniji većem optimizmu u usporedbi s drugima kao i većoj motivaciji za postizanjem osobnih ciljeva.*
- *Utvrđena je povezanost između kvalitete života i nade: ispitanici koji su skloni većoj nadi, ujedno procjenjuju svoj život boljim od drugih.*

Kao konačan zaključak možemo reći da ovo istraživanje potvrđuje kako među starijim osobama postoje velike individualne razlike te da jedan dio starijih osoba, unatoč visoke dobi i okolnosti u kojima su se našle (pandemija COVID-19), pronalaze pozitivne načine suočavanja i prilagodbe na starenje (povećana aktivnost, traženje socijalne podrške, održavanje kontakata s obitelji i prijateljima, korištenje IKT-a, njegovanje nade) te da u toj prilagodbi zadovoljstvo onim što jesu, kako provode slobodno vrijeme te što su postigli tijekom života imaju važnu ulogu.

Napomena:

Istraživanje je provedeno i financirano u sklopu projekta Europskog socijalnog fonda "Smijeh kao lijek".

Literatura

1. Aartsen, M. & Jylha, M. (2011.) Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European Journal of Ageing*, 8(1), 31-38.
2. Allen, R.L. & Oshagan, H. (1995.) The UCLA Loneliness Scale: Invariance of Social Structural Characteristics, *Personality and Individual Differences*, 19(2), 185-195.
3. Andrews, G.R. (2001.) Promoting health and function in an ageing population. *British Medical Journal*, 322(7288), 728–729.
4. Aquinas, T. (1948.) *Summa theologica*. Ave Maria Press, Notre Dame.
5. Armitage, R. & Nellums, L.B. (2020.) COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet*, 5(5), E256.
6. Bareket-Bojmel, L., Shahar, G. & Margalit, M. (2020.) COVID-19 related economic anxiety is as high as health anxiety: Findings from the USA, the UK, and Israel. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1–9.
7. Boz, H. & Karatas, S. E. (2015.) A review on internet use and quality of life of the elderly. *Cypriot Journal of Educational Science*. 10(3), 182-191.
8. Bracanović, Z. & Robida, J. (2014.) Informational integration process of elderly people in daily modern communication. *Informatologia*, 47(2-3), 150-156.
9. Brajković, L. (2010.) *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi (Disertacija)*. Medicinski fakultet, Zagreb.
10. Brooke, J. & Jackson, D. (2020.) Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2044–2046.
11. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G.J (2020.) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
12. Browne, J.P., O’Boyle, C.A., McGee, H.M., Joyce, C.R.B., McDonald, N.J., O’Malley, K. & Hiltbrunner, B. (1994.) Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3, 253-44.
13. Burger, J.M. (1995.) Individual Differences in Preference for Solitude. *Journal of Research in Personality*, 29, 85-108.

14. Cacioppo, J. T. & Cacioppo, S. (2014.) Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72.
15. Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C.& Thisted, R.A. (2010.) Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology of Aging*, 25, 453–463.
16. Carstensen, L.L. (1992.) Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338.
17. Charles, S.T. & Carstensen, L.L. (2010.) Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61,383–409.
18. Chee, S.Y. (2020.) COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes. *Millennial Asia*, 1-19.
19. Ciarrochi, J., Parker,P., Kashdan, T.B. et al. (2015.) Hope and emotional well-being: a six-year study to distinguish antecedents, correlates and consequences. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 520-532.
20. Connor, K.M. & Davidson, J.R. (2003.) Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 18, 76–82
21. Cotten, S.R., Ford, G., Ford, S. & Hale, T. (2014.) Internet use and depression among retired older adults in the United States: a longitudinal analysis. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 763-771.
22. Cummins, R.A. (2005.) Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
23. Čivljak, M. & Soldo, D. (2012.) Intervencije za prestanak pušenja u ordinaciji liječnika obiteljske medicine. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 8(31), 39-44.
24. Dobrotić, I. & Laklija, M. (2009.) Korelati sukoba obiteljskih i radnih obveza u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 16(1), 45-63
25. DZS (2016.) *Popis 2011. – jer zemlju čine ljudi*. Posjećeno 6. 10. 2021. na mrežnoj stranici: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2016/SI-1582.pdf

26. DZS (2017.) Žene i muškarci u Hrvatskoj. Posjećeno 6. 10. 2021. na mrežnoj stranici: <https://www.dzs.hr/hrv/important/Interesting/articles/Zene%20i%20muškarci%20u%20Hrvatskoj.pdf>
27. Emerson, K.G. (2020.) Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 44, 1.
28. Erikson, E.H. & Erikson, J.M. (1997.) *The Life Cycle Completed*. New York: Norton.
29. Europska komisija (2012.) Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European union. Posjećeno 6. 10. 2021. na mrežnoj stranici: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5740649/KS-EP-11-001-EN.PDF/1f0b25f8-3c86-4f40-9376-c737b54c5fc>
30. Eurostat Statistics (2021.) *Individuals - frequency of internet use*. Posjećeno 13. 10. 2021. na mrežnim stranicama Statističkog ureda Europskih zajednica (Eurostat): <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
31. Fallahpour, M., Borell, L., Luborsky, M. & Nygård, L. (2016.) Leisure-activity participation to prevent later-life cognitive decline: A systematic review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(3), 162-197.
32. Fässberg, M.M., van Orden, K.A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S.S., De Leo, D., Szanto, K. & Waern, M. (2012.) A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722-745.
33. Fees, B.S., Martin, P. & Poon, L.W. (1999.) A model of loneliness in older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, P231-P239.
34. Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004.) Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675-691.
35. Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004.) Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675-691.
36. García del Castillo-Rodríguez, J.A., Ramos-Soler, I., López-Sánchez, C. & Quiles-Soler, C. (2020.) Information and communication technologies and quality of life in home confinement: Development and validation of the TICO scale. *PLoS ONE*, 15(11), e0241948.

37. Gerard, J.M. & Booth, M.Z. (2015.) Family and school influences on adolescents' adjustment: the moderating role of youth hopefulness and aspirations for the future. *Journal of Adolescence*, 44, 1-16.
38. Glavina, S. (2019.) *Kvaliteta života osoba starije životne dobi smještenih u domovima za starije osobe na području Istarske županija*. Završni rad. Osijek: Medicinski fakultet, Studij sestrinstva.
39. Goričanec, I. (2019.) Usporedba institucijske skrbi za osobe starije dobi u zemljama Europe. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za sestrinstvo.
40. Hawkey, L.C., Thisted, R.A. & Masi, C.M. (2010.) Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25, 132–141.
41. Hawkey, L.C. (2015.) Loneliness and social embeddedness in old age. In: N. A. Pachana (Ed.), *Encyclopedia of geropsychology* (pp. 1–8). Singapore: Springer.
42. Hawkey, L.C., & Capitano, J.P. (2015.) Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: A lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1669), 20140114.
43. Heid, A.R., Cartwright, F., Wilson-Genderson, M. & Pruchno, R. (2021.) Challenges experienced by older people during the initial months of the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 48-58.
44. Henderson, J.N. & Vesperi, M.D. (1995.) *The culture of long term care: Nursing home ethnography*. Connecticut: Greenwood Publishing Group.
45. Hensel, B., Parker-Oliver, D. & Demiris, G. (2007.) Videophone communication between residents and family: a case study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(2), 123–127.
46. Heo, J., Kim, J. & Won, Y. S. (2011.) Exploring the relationship between Internet use and leisure satisfaction among older adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 35(1), 43-54.
47. Holt-Lunstad, J. (2018.) Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69(1), 437–458.

48. Jaarsveld, van M.G. (2020.) The Effects of COVID-19 Among the Elderly Population: A Case for Closing the Digital Divide. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 1-7.
49. Jedvaj, S., Štambuk, A. & Rusac, S. (2014.) Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, *1(1)*, 135-154.
50. Jylha, M. (2004.) Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging*, *23*, 157–168.
51. Karavidas, M., Lim, N. K. & Katsikas, S. L. (2005.) The effects of computers on older adult users. *Computers in Human Behavior*, *21*, 697-711.
52. Klaiber, P., Wen, H.J., DeLongis, A. & Sin, L.N. (2020.) The Ups and Downs of Daily Life During COVID-19: Age Differences in Affect, Stress, and Positive Events. *The Journals of Gerontology : Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* *76(2)*.
53. Kotwal, A.A., Holt-Lunstad, J., Newmark, R.L., Cenzer, I., Smith, A. K., Covinsky, K.E., ... Perissinotto, C.M. (2021.) Social isolation and loneliness among San Francisco Bay Area older adults during the COVID-19 shelter-in-place orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, *69*, 20-29.
54. Krawczyk, E. (2013.) *The Impact of ICT on Older People's Living Conditions and Environment*. Belfast: Queens University Belfast.
55. Krendl, A.C. & Perry, B.L. (2021.) The impact of sheltering-in-place during the COVID-19 pandemic on older adults' social and mental well-being. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *76(1)*, e53-e58.
56. Krizmanić, M. & Kolesarić, V. (1989.) Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života”. *Primijenjena psihologija*, *10*, 179-184.
57. Krizmanić, M. & Kolesarić V. (1992.) Priručnik za primjenu skala kvalitete življenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
58. Lacković-Grgin, K. (2008.) *Usamljenost: Fenomenologija, teorije i istraživanja*. Zagreb: Naklada slap.
59. Lacković-Grgin, K. & Čubela, V. (2002.) Skala nade. Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Svezak 1, Zadar: Filozofski fakultet u Zadru (priručnik).

60. Lacković-Grgin, K., Penezić, Z. & Sorić, I. (1998.a) Usamljenost i samoća studenata: Uloga afilijativne motivacije i nekih osobnih značajki, *Društvena istraživanja*, 4-5(36-37), 543-558.
61. Lacković-Grgin, K., Penezić, Z. & Sorić, I. (1998). Struktura iskustva usamljenosti mjerene upitnikom A. Rokach: razvojnopsihološka perspektiva. *Radovi Filozofskog fakulteta u Zadru, Razdio filozofije, psihologije, sociologije i pedagogije*, 37(14), 33-52.
62. Lepan, Ž. & Leutar, Z. (2012.) Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Socijalna ekologija*, 2(2), 203-224.
63. Lovreković, M. & Leutar, Z. (2010.) Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 19(1), 55-79.
64. Lučev, I. & Tadinac, M. (2007.) Kvaliteta života u Hrvatskoj- Povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, 24(1-2), 67-89
65. Luhmann, M. i Hawkley, L.C. (2016.) Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52, 943–959.
66. Luo, Y., Hawkley, L.C. & Waite, L.J. (2012.) Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74, 907–914.
67. Mali, J. (2019.) Innovations in long-term care: The case of old people`s homes in Slovenia. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 207-225.
68. Mali, J. & Štambuk, A. (2019.) Dugotrajna skrb za starije osobe: Izazov za socijalnu gerontologiju i socijalnu politiku. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 129-134.
69. Matlabi, H., Parker, S.G. & McKee, K. (2011.) The contribution of home-based technology to older people`s quality of life in extra care housing. *BMC Geriatrics*, 11(1).
70. Milas, G. (2005). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim istraživačkim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
71. Milivojević, J., Kokić Arsić, A., Kanjevac Milovanović, K., Đokić, S. i Savović, I. (2011.) *Nova filozofija kvalitete života*. Rad izložen na konferenciji: 6. Nacionalna konferencija o kvalitetu života, Kragujevac.

72. Musich, S., Wang, S.S., Hawkins, K. & Yeh, C.S. (2015.) The impact of loneliness on Quality of life and Patient Satisfaction Among Older, Sicker Adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 1-9.
73. Mušić, E. (2005.) Suvremeno liječenje pneumonija u starih ljudi. *Medicus*, 14(1), 83-90.
74. Nagode, M. & Lebar, L. (2019.) Trends and challenges in long-term care in Europe. *Revija za socijalnu politiku*, 26(2), 255-262.
75. Nekić, M., Tucak Junaković, I. i Ambrosi-Randić, N. (2016.). Korištenje interneta u starijoj dobi: Je li važno za uspješno starenje?. *Suvremena psihologija*, 19(2), 179-193.
76. Nicolini, P., Abbate, C., Inglese, S. et al. (2021.) Socially desirable responding in geriatric outpatients with and without mild cognitive impairment and its association with the assessment of self-reported mental health. *BMC Geriatrics*, 21, 494.
77. Nussbaum, M. & Sen, A. (1993.) *The Quality of Life*. New York: Oxford University Press.
78. Olaya, B., Domčnech-Abella, J., Moneta, M. V., Lara, E., Caballero, F. F., Rico-Uribe, L. A. & Haro, J. M. (2017.) All-cause mortality and multimorbidity in older adults: The role of social support and loneliness. *Experimental Gerontology*, 99, 120–126.
79. Organisation for Economic Co-operation and Development (2019.) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Posjećeno 02.08.2021. na mrežnoj stranici OECD-a: <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>
80. Österle, A. (2011.) *Long-term Care in Central and South Eastern Europe*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
81. Robb, C.E., De Jager, C.A., Ahmadi-Abhari, S., Giannakopoulou, P., Udeh-Momoh, C., McKeand, J., Price, G., Car, J., Majeed, A., Ward, H. & Middleton, L. (2020.) Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Frontiers in Psychiatry*, 11(11), 1-12.
82. Rokach, A. (2000.) Loneliness and the life cycle. *Psychological Reports*, 86, 629–642.
83. Rokach, A. (2001.) Surviving and coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, 124(1), 39-54.

84. Russell, D., Peplau, L.A. & Cutrona, C.E. (1980.) The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
85. Schaie, W.K. & Willis, S.L. (2001.) *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
86. Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A. & Holzhausen, M. (2013.) Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Quality of Life Research*, 22(10), 2929-2938.
87. Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A. & Holzhausen, M. (2013.) Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Quality of Life Research*, 22(10), 2929-2938.
88. Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V. & Rodríguez-Mañas, L. (2020.) Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938-947.
89. Shankar, A., McMunn, A. & Banks, J. (2011.) Loneliness, social isolation, and behavioral and biological health indicators in older adults. *Health Psychology*, 30, 377–385.
90. Sheffler, J.L., Joiner, T.E. & Sachs-Ericsson, N.J. (2021.) The interpersonal and psychological impacts of COVID-19 on risk for late-life suicide. *The Gerontologist*, 61(1), 23-29.
91. Shephard, R. J. (1997.) *Aging, physical activity, and health*. Taylor & Francis: London.
92. Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., ... & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual –differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
93. Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R. et al. (1991.) The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585.
94. Stevanović, R. (2015.) Javnozdravstveni aspekti starenja, zaštita zdravlja starijih ljudi. U: Mićović, V. (ur.) *Zdravstveni prioriteti u brizi za osobe starije*

životne dobi. Opatija, Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, str. 13.

95. Stiplošek Horvat, B. (2017.) *Kvaliteta života starijih osoba i korištenje usluga skrbi u zajednici*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever, Odjel za biomedicinske znanosti.
96. Storr, A. (1988.) *Solitude*. Harper Collins Publishers, London.
97. Stoyles, G., Chadwick, A. & Caputi, P. (2015.) Purpose in life and well-being: the relationship between purpose in life, hope, coping, and inward sensitivity among first-year university students. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 17, 119-134.
98. Sumerlin, J.R. & Bundrick, C.M. (1996.) Brief Index of Self-Actualization: A Measure of Maslow's Model. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 2, 253-271.
99. Štambuk, A. (2019.) Widowhood and grieving in old age. *Socialno delo*, 58(2), 125-144.
100. Štambuk, A. (1998.) Prilagodba, stres i preseljenje u starosti. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada*, 5, 105-115.
101. Štambuk, A. (2001.) Procjena psihičkog stanja starijih osoba u domu umirovljenika skalom SCL-90-R. *Društvena istraživanja*, 10(3), 503-526.
102. Štambuk, A. (2018.) *Stavovi starijih osoba prema smrti i umiranju*. Zagreb: Sirius.
103. Štambuk, A. & Tomičić, V. (2020.) Experiences of older people with dancing as a form of physical activity. *Croatian Journal of Education*, 22(4), 1255-1281.
104. Štambuk, A., Sučić, M. & Vrh, S. (2014.) Socijalni rad u domu za starije i nemoćne osobe – izazovi i poteškoće. *Revija za socijalnu politiku*, 2, 185-200.
105. Tijhuis, M.A., De Jong-Gierveld, J., Feskens, E.J. & Kromhout, D. (1999.) Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen elderly study. *Age and Ageing*, 28, 491–495
106. Tilburg, van T.G., Steinmetz, S., Stolte, E., Roest, van der H. & Vries, de H. D. (2020.) Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(7), 249-255.

107. Tokarski, W. (2004). Sport of the elderly. *Kinesiology: International Journal of Fundamental and Applied Kinesiology*, 36(1), 98-103.
108. Tomek Roksandić, S., Žuškin, E., Duraković, D., Smolej-Narančić, N., Mustajbegović, J., Pucarín-Cvetković, J., Mišigoj Duraković, M., Doko Jelinić, J., Turčić, N. & Milošević, M. (2009.) Ljudski vijek: doživjeti i nadživjeti 100 godina? *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 60(3), 375-386.
109. Tornstam, L. (1994.) Gerotranscendence: A theoretical and empirical exploration. In: Thomas, L.E., Eisenhandler, S.A. (ur.). *Aging and Religious Dimension*. (str. 203-225). Greenwood Publishing Group Westport.
110. Tornstam, L. (2000.) Transcendence in later life. *Generation*, 33(4), 10-14.
111. Tournier, P. (1980.) *Učimo starjeti*. Zagreb: Biblioteka „Oko tri ujutro“.
112. Van Orden, K.A., Bower, E., Lutz, J., Silva, C., Gallegos, A. M., Podgorski, C. A., Santos, E. & Conwell, Y. (2020.) Strategies to promote social connections among older adults during “social distancing” restrictions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(8), 816-827.
113. Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N.J. (2003.a). Quality of life theory I. The IQOL Theory: An Integrative Theory of the Global quality of life concept. *The Scientific World Journal*, 3, 1030-1040.
114. Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N.J. (2003.b). Quality of life philosophy I. Quality of life, happiness, and meaning in life. *The Scientific World Journal*, 3, 1164-1175.
115. Ventegodt, S., Merrick, J. & Andersen, N.J. (2003.c). Quality of life theory II. Quality of life as the realization of life potential: A Biological theory of human being. *The Scientific World Journal*, 3, 1041-1049
116. Ventegodt, S., Merrick, J. i Andersen, N.J. (2003.d). Quality of life theory III. Malow Revisited. *The Scientific World Journal*, 3, 1050-1057.
117. Vuletić, G. & Mujkić, A. (2002.) Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. *Liječnički vjesnik*, 124(2), 64-70.
118. Vuletić, G. & Stapić, M. (2013.) Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*, 6(1-2), 45-61.
119. Waern, M., Rubenowitz, E. & Wilhelmson, K. (2003.) Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49, 328-334

120. Walker, A. (1993.) *Age and Attitudes*, Brussels: EC Commission.
121. Wang, Y., Di, Y., Ye, J. & Wei, W. (2021.) Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 13–22.
122. Weinberg, M., Besser, A., Zeigler-Hill, V. et al. (2016.) Bidirectional associations between hope, optimism and social support, and trauma-related symptoms among survivors of terrorism and their spouses. *Journal of Research in Personality*, 62, 29-38.
123. WHO (2020.) Coronavirus disease (COVID-19): Risks and safety for older people. Posjećeno 1. 10. 2021.: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-risks-and-safety-for-older-people>.
124. Wong, P.T.P. (1989.) Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, 30(3), 516-525.
125. World Health Organization (WHO) (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46(12), 1569-1585.
126. Xavier, A.J., d’Orsi, E., de Oliveira, C.E., Orrell, M., Demakakos, P., Biddulph, J.P. & Marmot, M.G. (2014.) English longitudinal study of ageing: can internet/e-mail use reduce cognitive decline? *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 69, 1117-1121.
127. Zapater-Fajari, M., Crespo-Sanmiguel, I., Pulopulos, M.M., Hidalgo, V. & Salvador A. (2021.) Resilience and psychobiological response to stress in older people: the mediating role of coping strategies. *Frontier in Aging Neuroscience*, 22(13), 632141.
128. Žganec, N., Rusac, S. & Laklija, M. (2008.) Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 171-188.

Prilog (Upitnik)

Upitnik o kvaliteti života starijih osoba (65+) u domu za starije u vrijeme Covida-19

(Štambuk, 2021.)

Napomena:

U ispunjavanju upitnika za svako pitanje se zaokružuje jedan odgovor, osim ako nije drugačije navedeno.

1. Spol

- 1 muški
- 2 ženski

2. Dob (u navršenim godinama): _____

3. Bračno stanje

- 1 neoženjen/neudata
- 2 oženjen/udata
- 3 udovac/udovica
- 4 rastavljen/rastavljena
- 5 drugo

4. Obrazovanje

- 1 nepotpuna osnovna škola
- 2 završena osnovna škola
- 3 strukovna škola
- 4 srednja škola
- 5 viša škola
- 6 visoka škola, fakultet
- 7 specijalizacija, magisterij i/ili doktorat

ZDRAVSTENO STANJE

5. Kako procjenjujete Vaše zdravstveno stanje?

- 1 vrlo loše
- 2 loše
- 3 srednje
- 4 vrlo dobro
- 5 odlično

6. Koliko se osjećate stabilno pri hodanju i kretanju?

- 1 stabilan sam
- 2 vrlo malo/minimalno nestabilan
- 3 umjereno do teško nestabilan

7. Pušite li ili jeste li ikada pušili?

- 1 nikad nisam pušio ili ne pušim više od 10 godina
- 2 bio sam pušač, ali prestao sam u posljednjih 10 godina
- 3 povremeno pušim
- 4 svaki dan pušim

8. Koliko često pijete alkoholna pića?

- 1 nikada ili rijetko pijem
- 2 pijem 1 do 2 čaše dnevno
- 3 pijem više od 2 čaše vina/piva dnevno

9. Imate li poteškoća sa spavanjem?

- 1 obično dobro spavam
- 2 moj san se prekida, ali se obično vratim spavati bez poteškoća
- 3 obično imam poteškoća sa spavanjem

10. Koristite li lijekove za spavanje?

- 1 da, redovito
- 2 ponekad
- 3 ne

11. Možete li procijeniti je li Vaše zdravstveno stanje pogoršano zbog pandemije, odnosno je li pandemija tome doprinjela?

- 1 nije se promijenilo
- 2 promijenilo se na bolje
- 3 promijenilo se na gore

AKTIVNOSTI

12. U tipičnom tjednu, koliko često radite umjereno intenzivnu fizičku aktivnost?

To znači vježbe ili aktivnosti koje uzrokuju brži rad srca i teže disanje tijekom kojeg još uvijek možete ugodno razgovarati. Na primjer, brzo hodanje. Tih 30 minuta bi se moglo postići uz nekoliko pauza.

- 1 nisam u mogućnosti raditi takve aktivnosti
- 2 jednom tjedno
- 3 dva do tri puta tjedno
- 4 svaki ili gotovo svaki dan

13. Koliko često ste sudjelovali u aktivnostima koje su se održavale u Domu (prije pandemije), npr. neke kreativne grupne radionice, vježbe?

- 1 jednom ili dva puta tjedno
- 2 jednom u dva tjedna
- 3 jednom u mjesec dana
- 4 nisam sudjelovao

14. Je li se to promijenilo od kada su uvedene posebne mjere zbog panedemije?

- 1 da, nema uopće aktivnosti
- 2 da, smanjene su aktivnosti
- 3 nešto drugo, npr. on line vježbanje _____

15. Kako se vi osjećate zbog toga? / kako ste Vi to doživjeli?

16. Jeste li imali prilike podijeliti svoje mišljenje/razgovarati o tome sa socijalnim radnicama u Domu?

17. Što vas u danu najviše raduje?

18. Koje aktivnosti tijekom dana obavljate – kako Vam prođe dan?

PODRŠKA I SOCJALNI KONTAKTI

19. Koliko ste zadovoljni podrškom osoblja u Domu tijekom pandemije?

- 1 jako sam zadovoljna/zadovoljan
- 2 srednje sam zadovoljna
- 3 ni zadovoljna ni nezadovoljna
- 4 srednje sam nezadovoljan
- 5 jako sam nezadovoljan

20. Koliko ste zadovoljni informacijama koje dobivate od osoblja o mjerama koje se provode u Domu za vrijeme pandemije?

- 1 jako sam zadovoljna/zadovoljan
- 2 ni zadovoljna ni nezadovoljna
- 3 jako sam nezadovoljna

21. Koliko često kontaktirate s obitelji na tjedan?

- 1 5 ili više dana u tjednu
- 2 do dva puta tjedno
- 3 jednom tjedno
- 4 ne čujemo se tjedno, nego mjesečno

22. Na koji način kontaktirate s obitelji? (možete odabrati više odgovora)

- 1 vidimo se u živo
- 2 putem telefona/mobitela
- 3 putem what upa ili drugih platformi

23. Koliko često kontaktirate s prijateljima/znancima na tjedan?

- 1 5 ili više dana u tjednu
- 2 do dva puta tjedno
- 3 jednom tjedno
- 4 ne čujemo se tjedno, nego mjesečno

24. Na koji način kontaktirate s prijateljima/znancima? (možete odabrati više odgovora)

- 1 vidimo se u živo
- 2 putem telefona/mobitela
- 3 putem what upa ili drugih platformi

25. Upitnik o korištenju IKT-a tijekom COVID-19

Ispred Vas se nalaze određene tvrdnje koje se odnose na procjenu korištenja informacijsko-komunikacijske tehnologije tijekom trajanja pandemije. Molim Vas da što iskrenije odgovorite koliko se slažete ili ne slažete sa svakom od njih. Uz svaku tvrdnju označite odgovarajući broj, pri čemu određeni brojevi znače sljedeće:

- 1 - uopće se ne slažem*
- 2 - uglavnom se ne slažem*
- 3 - niti se slažem, niti se ne slažem*
- 4 - uglavnom se slažem*
- 5 - u potpunosti se slažem*

	Tvrdnje	
1.	U većini aspekata IKT čini moj život zadovoljavajućim u doba pandemije.	1 2 3 4 5
2.	Život mi se u vrijeme pandemije poboljšao zahvaljujući IKT-u.	1 2 3 4 5
3.	Zadovoljnija/-i sam svojim životom u vrijeme pandemije kada se služim IKT-om.	1 2 3 4 5
4.	IKT mi pomažu da radim "važne" stvari u vrijeme pandemije.	1 2 3 4 5
5.	Ako bih ponovno morala/-o biti zatvorena, nastavila/-o bih koristiti IKT.	1 2 3 4 5
6.	Zahvaljujući IKT-u, uvijek imam s kim razgovarati.	1 2 3 4 5
7.	Zahvaljujući IKT-u osjećam da ljudi brinu o meni.	1 2 3 4 5
8.	Zahvaljujući IKT-u mogu zatražiti pomoć od obitelji i prijatelja.	1 2 3 4 5
9.	Kad god se osjećam tužno, koristim se IKT-om.	1 2 3 4 5
10.	Kad god se osjećam usamljeno, koristim se IKT-om.	1 2 3 4 5
11.	Kad god se ne osjećam voljeno, oslanjam se na IKT.	1 2 3 4 5
12.	Kad mi je dosadno, okrećem se IKT-u.	1 2 3 4 5
13.	IKT mi pomaže da dogovorim sastanke i proslave s prijateljima i obitelji.	1 2 3 4 5
14.	IKT mi pomažu da imam jasnu svrhu i smjer u životu.	1 2 3 4 5

26. Kako biste se opisali?

- 1 kao vedru i optimističnu osobu
- 2 kao umjereno optimističnu osobu
- 3 kao umjereno pesimističnu osobu
- 4 kao jako pesimističnu osobu

27. Imate li ljude na koje se možete osloniti za bilo kakvu pomoć?

- 1 da, uvijek
- 2 da, samo ponekad kada mi je jako teško
- 3 ne, nikada

28. S koliko osoba osjećate bliskost?

- 1 s niti jednom osobom
- 2 s nekoliko osoba (2-3)
- 3 s više osoba

29. Kratka verzija skale usamljenosti

U ovom dijelu upitnika nalaze se tvrdnje koje se odnose na Vaše doživljavanje sebe. Uz svaku tvrdnju na skali zaokružite jedan broj. Brojevi označuju slijedeće:

- 1 - uopće se ne odnosi na mene*
- 2 - uglavnom se ne odnosi na mene*
- 3 - niti se ne odnosi niti se odnosi na mene*
- 4 - uglavnom se odnosi na mene*
- 5 - u potpunosti se odnosi na mene*

1. Nedostaje mi društvo	1 2 3 4 5
2. Već dugo nisam ni sa kim blizak	1 2 3 4 5
3. S drugima ne dijelim svoja mišljenja i ideje	1 2 3 4 5
4. Nitko me dobro ne poznaje	1 2 3 4 5
5. Moji socijalni odnosi su površni	1 2 3 4 5
6. Nesretan sam što sam tako povučen	1 2 3 4 5
7. Ljudi su oko mene, ali ne i sa mnom	1 2 3 4 5

30. Pitanja o usamljenosti – strategije suočavanja

1. Što za Vas znači biti usamljen?
2. Možete li navesti situacije u kojima se osjećate usamljeno?
3. Što činite kada osjećate usamljenost?
4. Kako nastojite smanjiti ili prevladati osjećaj usamljenosti? (što radite, tko vam pomaže, na koga se oslanjate)

31. Skala preferirane samoće

U ovom dijelu upitnika nalaze se tvrdnje koje se odnose na Vaše doživljavanje sebe. Uz svaku tvrdnju na skali zaokružite jedan broj. Brojevi označuju slijedeće:

- 1 - uopće se ne odnosi na mene
- 2 - uglavnom se ne odnosi na mene
- 3 - niti se ne odnosi niti se odnosi na mene
- 4 - uglavnom se odnosi na mene
- 5 - u potpunosti se odnosi na mene

1. Raduje me moja samoća	1	2	3	4	5
2. Volim društvo samoga sebe	1	2	3	4	5
3. Volim biti sam sa svojim mislima	1	2	3	4	5
4. Ponekad sam radije sa svojim mislima nego s prijateljima	1	2	3	4	5
5. Imam posebno mjesto koje je samo moje	1	2	3	4	5
6. Osjećam se nelagodno kad sam sam®	1	2	3	4	5
7. Vrijeme koje provedem sam za mene je izgubljeno®	1	2	3	4	5

KVALITETA ŽIVLJENJA I NADA

32. Skala kvalitete življenja

Ljudski život teče u vremenu, pa se tako životno zadovoljstvo može tijekom vremena i mijenjati, biti manje ili veće. Procijenite koliko ste u pojedinim razdobljima svog života bili zadovoljni svojim životom i kako gledate na budućnost.

Značenja brojeva su sljedeća:

5=jako zadovoljstvo

4=malo zadovoljstvo

3=ni zadovoljstvo ni nezadovoljstvo

2=malo nezadovoljstvo

1=jako nezadovoljstvo

0=nisam imao/la to iskustvo

1. Podrijetlo obitelji (u kojoj sam rođen i odrastao) čini mi:
5-----4-----3-----2-----1
2. Obrazovanje koje sam stekao(la) pruža mi:
5-----4-----3-----2-----1
3. Posao koji sam radio(la) pružao mi je:
5-----4-----3-----2-----1
4. Druženje s prijateljima, kolegama, susjedima pričinja mi:
5-----4-----3-----2-----1
5. Osjećajna veza (ljubav) koju imam pruža mi:
5-----4-----3-----2-----1
6. Odnos s mojim bivšim suprugom (bivšom suprugom) pričinja mi:
5-----4-----3-----2-----1-----0
7. Moja djeca za mene su izvor:
5-----4-----3-----2-----1-----0
8. Moji unuci za mene su izvor:
5-----4-----3-----2-----1-----0
9. Moja snaha/zet čine mi:
5-----4-----3-----2-----1-----0
10. Svojim stanovanjem sam:
5-----4-----3-----2-----1
11. Svojim materijalnim stanjem sam:
5-----4-----3-----2-----1
12. Svojim položajem u društvu sam:
5-----4-----3-----2-----1
13. Društvena okolina u kojoj živim, demokratske slobode i prava pružaju mi:
5-----4-----3-----2-----1
14. Način na koji provodim slobodno vrijeme pruža mi:
5-----4-----3-----2-----1
15. Moje zdravstveno stanje pruža mi:
5-----4-----3-----2-----1
16. Moja vjera pruža mi:
5-----4-----3-----2-----1-----0
17. Koliko ste općenito zadovoljni svojim dosadašnjim životom?
5-----4-----3-----2-----1
18. Koliko ste općenito zadovoljni svojim životom u posljednjih godinu dana?
5-----4-----3-----2-----1
19. Koliko ste općenito zadovoljni dosadašnjim ostvarenjem svojih ciljeva želja, nada?
5-----4-----3-----2-----1
20. Kada bi se Vaš život nastavio takav kakav je danas, biste li time bili zadovoljni?
5-----4-----3-----2-----1

