

Povezanost socijalne potpore i socioekonomskog statusa s pojavnošću sindroma krhkosti kod osoba starije životne dobi Sisačko- moslavačke županije

Žižak, Tajana

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:243:756471>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstva

Tajana Žižak

**POVEZANOST SOCIJALNE POTPORE I
SOCIOEKONOMSKOG STATUSA S
POJAVNOŠĆU SINDROMA KRHKOSTI
KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI
SISAČKO-MOSLAVAČKE ŽUPANIJE**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2022.

**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO
OSIJEK**

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstva

Tajana Žižak

**POVEZANOST SOCIJALNE POTPORE I
SOCIOEKONOMSKOG STATUSA S
POJAVNOŠĆU SINDROMA KRHKOSTI
KOD OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI
SISAČKO-MOSLAVAČKE ŽUPANIJE**

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2022.

Rad je ostvaren na Fakultetu za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek

Mentor rada: doc. dr.sc. Štefica Mikšić

Komentor: Andreja Domitrović, mag. med. techn.

Rad ima 48 stranica, 19 tablica i 1 sliku.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Ovim putem zahvaljujem svojoj mentorici doc.dr.sc. Štefici Mikšić i komentorici Andreji Domitrović mag. med. techn., na ukazanom povjerenju i strpljivosti prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem svojim bližnjima na neizmjenoj podršci tijekom cijelog akademskog obrazovanja.

Sadržaj	
1. UVOD	1
1.1. Definiranje pojmova starost i starenje	2
1.2. Teorije starenja.....	3
1.2.1. Biološke teorije starenja.....	3
1.2.2. Psihološke teorije starenja	3
1.2.3. Sociološke teorije starenja	3
1.3. Sociodemografski i socioekonomski kontekst	4
1.4. Socijalna podrška	5
1.5. Krhkost.....	6
1.5.1. Patofiziologija krhkosti.....	7
1.5.2. Stadiji krhkosti	7
1.5.3. Prevencija krhkosti	8
1.5.4. Liječenje krhkosti.....	8
1.5.5. Uloga medicinske sestre u skrbi za „krhke“ osobe.....	9
2. CILJ.....	10
3. ISPITANICI I METODE	11
3.1. Ustroj studije.....	11
3.2. Ispitanici	11
3.3. Metode	11
3.4. Statističke metode.....	12
4. REZULTATI	13
4.1. Osnovna obilježja ispitanika	13
4.2. Edmontova skala krhkosti.....	16
4.2.1. Kognitivni procesi.....	16
4.2.2. Zdravstveno stanje	16
4.2.3. Funkcionalna neovisnost.....	17
4.2.4. Pružanje pomoći.....	17
4.2.5. Uzimanje lijekova	18
4.2.6. Prehrana.....	18
4.2.7. Raspoloženje	18
4.2.8. Kontinencija.....	19
4.2.9. Funkcionalna izvedba	19
4.3. Procjena sindroma krhkosti prema obilježjima ispitanika	19
4.4. Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (MSPSP)	21

4.5. Povezanost multidimenzionalne skale percipirane socialne podrške (MSPSP) i skale krhkosti	25
5. RASPRAVA.....	26
6. ZAKLJUČAK.....	31
7. SAŽETAK.....	32
8. SUMMARY.....	33
9. LITERATURA	34
10. ŽIVOTOPIS.....	37
11. PRILOZI.....	38

1. UVOD

Starost i staranje neminovni su u životu svakog pojedinca. Svjetsko stanovništvo ubrzano stari i to je činjenica. Sam proces starenja stanovništva događa se iz dva razloga, a to su produljenje očekivanog trajanja života koji se postigao modernizacijom i urbanizacijom društva, povećanjem kvalitete života i smanjenjem stope mortaliteta radi svega navedenog i značajnih poboljšanja u kvaliteti i dostupnosti zdravstvene zaštite, a drugi je proces pada stope nataliteta i fertiliteta čime se smanjuje baza demografske piramide i posljedično raste udio starijih osoba u ukupnom stanovništvu. Još prije kojeg desetljeća osoba od šezdesetak godina smatrana je starom, a danas je sve više onih koji su u toj dobi aktivni privatno, ali i profesionalno. A što je s ostatkom populacije koja se u starijoj dobi ne može brinuti sama za sebe? Kad pričamo o starosti prva asocijacija na tu riječ je nesposobnost, bolest, neimaština, slaba pokretljivost. Isto tako kad čujemo riječ krhko prvo na što nas to asocira je nešto lomljivo, slabo, ranjivo. A što je zapravo krhkost, stanje ili bolest? Odgovor na to pitanje vrlo često ne znamo jer nas o tome nitko nije naučio, o tome se gotovo i ne razgovara, nije česta tema u znanstvenim radovima kao niti u literaturi za učenike i studente medicinskih škola i studija sestrinstva i medicine. S obzirom na veliki broj starijeg stanovništva, sindrom krhkosti je javnozdravstveni problem. Isto tako kao gerontološki javnozdravstveni problem kod osoba starije životne dobi je pod nazivom „4N“, što označava nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje. „4N“ se odnosi na stupanj nepokretnosti kod osoba starije životne dobi, na nestabilnost radi brojnih padova i ozljeda, nesamostalnost s obzirom na povećanu pojavnost demencija i Alzheimerove bolesti, te na inkontinenciju koja se odražava nekontroliranim mokrenjem (1). Sve navedeno čini starije osobe potencijalno krhkim. Krhkost nije samo problem osobe koja stari, nego i njene obitelji, okoline i društva. Krhkost iziskuje značajne resurse osobito kada je podmakla, i stoga prevencija krhkosti kao i njeno pravovremeno liječenje trebaju biti u interesu svih nas.

1.1. Definiranje pojmova starost i starenje

Mnogi su istraživači kroz povijest promišljali o starosti i starenju kao neminovnom procesu u životu svakog pojedinca, ali i o utjecaju istoga na društvo u kojemu taj pojedinac stari. Starenjem kao multidisciplinarnom temom bavili su se istraživači više znanstvenih područja (biolozi, psiholozi, sociolozi, medicinske znanosti, filozofi) da bi se 1940-ih kao znanstvena disciplina s interdisciplinarnim pristupom razvila gerontologija. Iako je gerontologija imala interdisciplinarni pristup i dalje se velik udio istraživanja o starenju provodio unutar matičnih znanosti pojedinih istraživača (2).

Prema Despot Lučanin (2003), starenje je procesu u kojem se događaju promjene u funkciji dobi. Prema istoj autorici tri su vida starenja:

1. biološko, odnosno promjene, usporavanje i opadanje u funkcijama organizma s vremenom;
2. psihološko, odnosno promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje;
3. socijalno, odnosno promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi (2).

S aspekta razvojne psihologije starost je posljednje razdoblje u životu pojedinca. Starost može biti definirana kronološkom dobi, socijalnim ulogama ili statusom (npr. umirovljenik, baka, djed) ili prema funkcionalnom statusu (npr. stupnjem opadanja sposobnosti). Iako svaka osoba stari na različite načine i granica starosti se ne može sa sigurnošću odrediti, neminovno je da bez obzira na spol, rasu i socioekonomski status svaki pojedinac u nekom trenutku prelazi tu granicu. Kad mislimo na starost, većina misli na propadanje i slabljenje dok drugi misle na starost kao na numerološku granicu kojom se prelazi u stariju životnu dob. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji ta je granica 65 godina.

1.2. Teorije starenja

Teorije starenja podijeljene su u biološke, psihološke i socijalne (2). Ova podjela proizlazi iz različitih pogleda na starenje koji proizlaze iz već navedene podjele starenja prema Despot Lučanin (2003).

1.2.1. Biološke teorije starenja

Biološke teorije starenja pokušavaju objasniti uzroke i proces starenja na razini stanica, organa i cjelokupnog organizma. Veliki je broj ovih teorija, ali niti jedna od njih nije u potpunosti odgovorila na pitanje zašto čovjek stari (2).

1.2.2. Psihološke teorije starenja

Psihologijska istraživanja starijeg datuma nastojala su odrediti temeljne elemente od kojih je ponašanje sačinjeno za razliku od današnjih istraživanja koja pažnju stavljaju na međusobne odnose tih elemenata u protoku vremena. Psihološke teorije novijeg datuma bave se opadanjem sposobnosti u procesu starenja, osobito dezorganizacijom ponašanja (2).

1.2.3. Sociološke teorije starenja

Sociološke teorije starenja bave se odnosom pojedinca i društva i promjenama u odnosima koje se javljaju u procesu starenja, a odnose se na promjene uloga, aktivnosti i interakcija u procesu starenja. Ove teorije bave se utjecajem društva i kulture na starenje pojedinca, te utjecajem starenja pojedinaca na društvo (2).

1.3. Sociodemografski i socioekonomski kontekst

Kada govorimo o stanovništvu u Republici Hrvatskoj, ono se nalazi u posttranzicijskoj etapi razvoja. Obilježava ga tip opadajuće reprodukcije stanovništva, starenje stanovništva te proces ukupne depopulacije stanovništva (3).

Prema državnom zavodu za statistiku i zadnjem popisu stanovništva koji je bio 2021. godine, u Republici Hrvatskoj ukupni stanuje 3.888.529 stanovnika, od čega su 868.638 stanovnici starije životne dobi (od 65. godine života pa nadalje) što daje brojku od 22,34 % starijeg stanovništva. Prema popisu stanovništva iz 2021. godine u Sisačko-moslavačkoj županiji ukupno stanuje 140.549 od čega je 34.447 stanovništva starije životne dobi (od 65. godine života pa nadalje) što iznosi 24,5 % starijeg stanovništva, što je znatno više starijeg stanovništva kada se usporede podaci dobiveni iz popisa stanovništva 2001. godine, gdje je ukupan broj stanovništva u Sisačko-moslavačkoj županiji iznosio 185.387 stanovnika, od koji su 33.585 bile osobe starije životne dobi (od 65. godine života pa nadalje) što je iznosilo 18,12 % starijeg stanovništva (4). Takvu demografsku sliku možemo pripisati ratnim zbivanjima u Sisačko-moslavačkoj županiji za vrijeme Domovinskog rata, ne tako davnom potresu kojim je pogođena cijela županija, ali i migracijama stanovništva uslijed propadanja velikih industrijskih postrojenja na ovom području.

U Republici Hrvatskoj dinamika siromaštva je nedovoljno istražena, a to možemo pripisati nedostatku istraživanja iz tog područja. Na prevenciju ili reduciranje siromaštva veliku ulogu imaju socijalni transferi, u što spadaju naknada za socijalnu pomoć, obiteljske naknade, naknade za nezaposlenost i mirovine. Učinkovitost naknada možemo procijeniti prema visini naknade, te broju kućanstava koja ih dobivaju. Iako Republika Hrvatska ima visoke socijalne izdatke (oko 26 % bruto društvenog proizvoda), to je i dalje nedovoljno za redukciju siromaštva. Prema istraživanju iz 2005. godine provedenom u Republici Hrvatskoj, autora Z. Šućura, najrizičnije skupine za razvoj siromaštva bile su osobe starije životne dobi, nezaposleni te umirovljenici (5). Prema drugom istraživanju istog autora početkom 2004. godine u Republici Hrvatskoj 27 % kućanstava živjelo je na pragu siromaštva. Istraživanje je pokazalo da nadprosječan rizik siromaštva imaju osobe koje dolaze iz dijelova Hrvatske koji su bili pogođeni ratnim događanjima početkom 90-tih godina prošlog stoljeća, a to su Lika, Banovina, Slavonija, te sjeverna Hrvatska. Isto tako istraživanje je pokazalo da su u izrazito teškoj financijskoj situaciji bile osobe starije životne dobi bez ikakvih primanja. Rezultati istog

istraživanja pokazali su kako je stopa relativnog siromaštva u Republici Hrvatskoj dosta visoka u odnosu na ostale zemlje Europske unije (6).

1.4. Socijalna podrška

Socijalna potpora je multidimenzionalni konstrukt, koji nema jedinstvenu definiciju. Prema Thoits (1986) se „socijalna podrška“ koristi za sve funkcije koje za osobu vrše značajni drugi ljudi. Cohen i suradnici (2000), prema Hudek-Knežević i Kardum, (2006) donose definiciju po kojoj se socijalna podrška odnosi na bilo koji proces putem kojeg socijalni odnosi mogu djelovati na tjelesno i/ili psihičko zdravlje (7). Socijalna podrška najčešće podrazumijeva više ili manje organizirano socijalno međudjelovanje usmjereno na međusobno pružanje pomoći većeg broja osoba (8). U mnogim istraživanjima dokazana je korelacija socijalne podrške i zdravlja pojedinca, što bi značilo da su ljudi koji imaju socijalnu podršku od članova svojih obitelji, prijatelja, rodbine i drugih njima bliskih ljudi, znatno fizički zdraviji i manje pod stresom (9, 10). Kao što je navedeno, izvori socijalne podrške mogu biti različiti, pa tako većina ljudi najviše prima emocionalnu podršku, osjećaj pripadnosti i topline, materijalnu i instrumentalnu pomoć. Najčešći izvor socijalne potpore je obitelj koja sama prepoznaje potrebu i nudi pomoć svome članu (11).

1.5. Krhkost

Krhkost je zdravstveno stanje povezano s procesom starenja u kojem se postepeno iscrpljuje više tjelesnih sustava (12). Jedna je od najvažnijih globalnih zdravstvenih izazova jer stanovništvo diljem svijeta stari (13). Prva formalna definicija „krhkosti“ predložena je 1992., a predložio ju je Buchner. Pojam „krhko“ koristi se za opisivanje osobe starije od 65 godina čije je zdravstveno stanje narušeno zbog podložnosti različitim infekcijama i tjelesnim ozljedama, te samim time imaju visok rizik od komplikacija tijekom liječenja, produljenog vremena oporavka te smrti (14). Na krhkost bi trebalo gledati kao na prioritet javnog zdravstva jer sa sobom nosi mnoge zdravstvene, socijalne i ekonomske posljedice. Krhkost najčešće nastaje starenjem, ali njeno pojavljivanje je moguće u svim životnim dobima. Zbog učestalosti u populaciji osoba starije životne dobi povećan je rizik od loših zdravstvenih ishoda, hospitalizacija, pa tako i smrti. Rano prepoznavanje i prevencija uvelike bi pomogle u sprečavanju neželjenih zdravstvenih ishoda (13).

Važno je razumjeti razliku između krhkosti, dugotrajnih stanja i invaliditeta. Mnogi ljudi s višestrukim dugotrajnim stanjima (tzv. multimorbiditet) također će imati krhkost. Slično tome, postoji preklapanje između krhkosti i tjelesnog invaliditeta. Velik broj krhkih osoba ima invaliditet, ali postoji značajan udio osoba s dugotrajnim invaliditetom koje nemaju krhkost. Krhkost može biti uzrok invaliditeta kod nekih pacijenata, a posljedica kod drugih (12).

1.5.1. Patofiziologija krhkosti

Starenje se smatra rezultatom cjeloživotnog nakupljanja staničnih i molekularnih oštećenja. Možemo reći kako je krhkost poremećaj višestrukih međusobno povezanih fizioloških sustava. Starenjem dolazi do postupnog opadanja fiziološke rezerve, ali kod krhkosti to se opadanje ubrzava i homeostatski mehanizmi počinju otkazivati. Složeni mehanizmi starenja pod utjecajem su temeljnih genskih i okolnih čimbenika u kombinaciji s epigenetskim mehanizmima. Organski sustavi kao što su mozak, endokrini sustav, imunološki sustav i skeletni mišićni sustav međusobno su povezani te najbolje proučeni organski sustavi u razvoju krhkosti, također, važno je napomenuti da je krhkost povezana s gubitkom fiziološke rezerve u kardiovaskularnom, dišnom, bubrežnom te hemopoetskom sustavu i sustavu zgrušavanja (15). Isto tako važnu ulogu pri pojavnosti sindroma krhkosti imaju sarkopenija i malnutricija, što nije uvijek obavezno, ali prema dosadašnjim istraživanjima osoba sa sarkopenijom je uvijek krhka (16).

1.5.2. Stadiji krhkosti

Postoje tri stadija koja prethode razvoju sindroma krhkosti, a to su pretkrhkost, razvijena krhkost i komplikacije krhkosti (14).

Postoji 5 karakteristika koje prethode pojavnosti sindroma krhkosti, a to su:

- nenamjeran gubitak težine, koji se dokazuje gubitkom od najmanje 10 lbs ili više od 5 % tjelesne težine u prethodnoj godini
- mišićna slabost, koji se očituje smanjenom snagom stiska
- fizička sporost, koju očitujemo mjerenjem potrebnog vremena za hodanje na udaljenosti od 15 stopa
- slaba izdržljivost
- niska tjelesna aktivnost, ocjenjena pomoću standardiziranog upitnika za procjenu (17).

Osoba kod koje je prisutno najmanje tri od pet nabrojanih karakteristika manifestira sindrom krhkosti (17).

1.5.3. Prevencija krhkosti

Prema istraživanjima, veliku ulogu u prevenciji krhkosti ima tjelesna aktivnost. Isto tako pojavljuju se podatci da se krhkost povećava u prisutnosti loših zdravstvenih navika poput pretilosti, loše prehrane, neaktivnosti i pušenja (12). Postoje dvije vrste tjelesne aktivnosti koju mogu provoditi osobe starije životne dobi u svrhu prevencije krhkosti, a to su aerobne vježbe, odnosno trening izdržljivosti i trening s opterećenjem. Ove dvije metode treninga povećavaju mišićnu masu, mišićnu snagu i maksimalni unos kisika čime pomažu populaciji koja je pod rizikom krhkosti ili je krhka. Prema smjernicama Američkog ministarstva zdravlja osobama starijim od 65 godina života preporuča se bavljenje aerobnom aktivnošću barem dva i pol sata tjedno (14).

1.5.4. Liječenje krhkosti

Kad se prepozna sindrom krhkosti nastupa liječenje. Liječenje se provodi tako da se otklanjanju stanja povezana s pojavnošću sindroma krhkosti. Razvijanje odgovarajućih intervencija važan je proces. Znajući kako sindrom krhkosti definiramo kao stanje, a ne medicinskom dijagnozom, ipak postoje istraživanja koja pokazuju da su uočeni uobičajeni komorbiditeti s većom prevalencijom kod bolesnika sa sindromom krhkosti. Liječenje poput stanja kongestivnog zatajenja srca, optimizirano upravljanje kroničnom plućnom bolešću, poboljšana kontrola kod bolesnika oboljelih od dijabetesa, rezultira boljih općim stanjem i ishodima bolesti, kao manjim brojem hospitalizacija te smanjenim propadanjem tjelesnog sustava kod osoba oboljelih od sindroma krhkosti (17). Veliku ulogu u prevenciji i liječenju sindroma krhkosti imaju upravo zdravstveni djelatnici, liječnici i medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u sklopu opće prakse i patronažne službe. Možemo reći da je liječenje sindroma krhkosti multidisciplinarno s gledišta holističkog pristupa, gdje pacijenta gledamo s različitih stajališta kao cjelovitu osobu (15).

1.5.5. Uloga medicinske sestre u skrbi za „krhke“ osobe

Medicinske sestre u svom svakodnevnom radu sudjeluju u brizi za starije osobe koje mogu biti u riziku i/ili su krhke. Pojam koji se nameće u brizi i intervencijama medicinske sestre za starije osobe je geroprofilaksa, a ona se odnosi na primarnu, sekundarnu, tercijarnu i kvartalnu prevenciju bolesti i/ili stanja starijih osoba (18). Kroz primarnu prevenciju medicinske sestre mogu educirati o načinima na koje se prevenira krhkost, a same intervencije koje se odnose na ovaj vid prevencije trebale bi se provoditi već u ranijoj dobi kako bi osoba kada dođe u stariju životnu dob imala usvojene zdravstvene navike koje će spriječiti pojavu krhkosti. Ovim mjerama postiže se zdravo starenje, smanjuje morbiditet te povećava funkcionalnost starijih osoba. Sekundarnom prevencijom medicinska sestra u svom radu sudjeluje u probiru, organizira sistematske preglede i otkriva pojavnost krhkosti kod starijih osoba. Svrha tercijarne prevencije je smanjenje komplikacija krhkosti i očuvanje kvalitete života. U ovoj fazi sestrinskog rada značajno je spriječiti nastanak 4 N koji po novijoj literaturi prelazi u 5 N, a osim nesamostalnosti, nestabilnosti, nekontroliranog mokrenja i nepokretnosti obuhvaća i dodatno negativan ishod bolesti s polipragmazijom (18). Kvartarna se prevencija odnosi na smanjenje broja hospitalizacija, medicinskih postupaka i korištenja lijekova kroz individualni pristup i u dogovoru sa starijom osobom o kojoj medicinska sestra skrbi kao član tima.

2. CILJ

Cilj rada je ispitati pojavnost i stupanj krhkosti osoba starije životne dobi Sisačko-moslavačke županije.

Specifični ciljevi rada su:

- ispitati razlike s obzirom na sociodemografske karakteristike
- ispitati razlike s obzirom na socioekonomski status
- ispitati razlike s obzirom na socijalnu potporu
- ispitati razlike s obzirom na podatke vezane uz slobodno vrijeme (hobiji).

3. ISPITANICI I METODE

3.1. Ustroj studije

Studija je ustrojena kao presječno istraživanje provedeno u Sisačko-moslavačkoj županiji (19).

3.2. Ispitanici

Istraživanje je provedeno u cijeloj Sisačko-moslavačkoj županiji putem patronažne službe doma zdravlja Kutina i Petrinja, u Domu za starije i nemoćne osobe Sisak te u domovima ispitanika. Istraživanje je obuhvaćalo osobe starije od 65 godina života. U istraživanju je sudjelovalo 310 ispitanika. Provedba istraživanja trajala je od ožujka do srpnja 2022. godine. Istraživanje je anonimno uz potpisivanje informiranog pristanka.

3.3. Metode

Instrument istraživanja je upitnik konstruiran za potrebe rada, a sastajao se od 37 pitanja od kojih se prvih 16 pitanja odnosilo na sociodemografske i socioekonomske podatke, zatim 12 pitanja hrvatske verzije Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške autorica prof. dr. sc. Gordane Keresteš i Ankice Medved od kojih je dobiveno pisano dopuštenje (20) te Edmontova skala za procjenu krhkosti autora dr. Darryl Rolfsona od kojeg je dobiveno pisano dopuštenje za korištenje anketnog upitnika (21). Skala je dvostruko slijepo prevedena. Edmontonova skala za procjenu krhkosti sastavljena je od 11 čestica. Ispituju se modaliteti krhkosti u što spadaju kognitivni procesi, opće zdravstveno stanje, funkcionalna neovisnost, socijalna potpora, upotreba lijekova, prehrana, raspoloženje, inkontinencija i funkcionalna izvedba. Boduje se na način da se prvih pet pitanja, te 11. pitanje boduju s 0, 1 i 2 boda, dok se pitanja od 6 do 10 boduju s 0 i 1 bod. Stupanj krhkosti se procjenjuje prema zbroju bodova, što znači da od 0 do 5 bodova nema krhkosti, 6 i 7 bodova pokazuju ranjivost, 8 i 9 bodova pokazuju blagu krhkost, 10 i 11 bodova pokazuju umjerenu krhkost, dok 12 do 17 bodova pokazuju ozbiljnu krhkost. Unutarnja pouzdanost skale Cronbach Alpha je 0,802 što znači da je upitnik dobar alat za procjenu krhkosti na ispitivanom uzorku.

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support Assessment- MSPSSA*) se sastoji od dvanaest čestica, podijeljenih u tri subskale, ovisno o izvoru podrške, a izvori su: obitelj, značajna druga osoba i bliski prijatelji. Boduje se brojevima na Likertovoj skali od 1 - 7 (*1 = izrazito se ne slažem, 2 = umjereno se ne slažem, 3 = malo se ne slažem, 4 = niti se slažem niti se ne slažem, 5 = malo se slažem, 6 = umjereno se slažem, 7 = izrazito se slažem*). Koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha za podskalu obitelj je 0,901, značajnu drugu osobu 0,932, bliske prijatelje 0,874 i skalu u cijelosti 0,953, što nam pokazuje da je upitnik dobar alat za procjenu percipirane socijalne podrške na ispitivanom uzorku.

3.4. Statističke metode

Kategorički podaci su predstavljeni apolutnim i relativnim frekvencijama. Za razliku u raspodjeli kategoričkih podataka koristili smo χ^2 test. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom, a zbog razdiobe koja ne slijedi normalnu, podaci su opisani medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Povezanost varijabli ocijenili smo Spearmanovim koeficijentom korelacije. Razina značajnosti je postavljena na $\text{Alpha} = 0,05$. Za analizu podataka korišten je statistički program MedCalc® Statistical Software version 20.100 (*MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2022*).

4. REZULTATI

4.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 310 ispitanika, od kojih je 126 (40,6 %) muškaraca i 181 (58,4 %) žena. Najviše ispitanika, njih 164 (52,9 %) u dobi je od 65 do 75 godina. Završenu osnovnu školu imaju 144 (46,4 %) ispitanika, a sa srednjom stručnom spremom ih je 127 (41 %). Na selu živi 165 (53,2 %) ispitanika. U braku ih je 160 (51,6 %), a djecu ima 285 (91,9 %) ispitanika (Tablica 1).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	126 (40,6)
Žene	181 (58,4)
<i>Neodgovoreno</i>	3 (1)
Dob ispitanika	
65 - 75 godina	164 (52,9)
76 - 90 godina	138 (44,5)
91 i više godina	8 (2,6)
Razina obrazovanja	
Osnovna škola	144 (46,4)
Srednja stručna sprema	127 (41)
Viša stručna sprema	31 (10)
Visoka stručna sprema	4 (1,3)
<i>Neodgovoreno</i>	4 (1,3)
Mjesto stanovanja	
Grad	130 (42)
Selo	165 (53,2)
Prigradsko naselje	13 (4,2)
<i>Neodgovoreno</i>	2 (0,6)
Bračni status	
Udana / oženjen	160 (51,6)
Udovica / udovac	119 (38,4)
Samac	18 (5,8)
Razvedena / razveden	12 (3,9)
<i>Neodgovoreno</i>	1 (0,3)
Imaju djecu	285 (91,9)

Zajedno sa suprugom živi 151 (48,7 %) ispitanik, dok je samaca 11 (35,8 %). U vlastitoj kući živi 261 (84,2 %) ispitanik, dok ih je 24 (7,7 %) u udomiteljstvu ili u domu za starije i nemoćne. Mirovinu prima 288 (92,9 %) ispitanika, a njih 11 (3,5 %) je bez primanja (Tablica 2).

Tablica 2. Ispitanici prema načinu stanovanja i materijalnim prilikama

	Broj (%) ispitanika
Živim sa	
Sam / sama	111 (35,8)
Sa suprugom	151 (48,7)
Djecom	40 (12,9)
Nešto drugo	8 (2,6)
brat / sestra	2 / 4
supruga i njezina obitelj	1 / 4
supruga + sin + njegova obitelj	1 / 4
Živim u	
Vlastita kuća	261 (84,2)
Vlastiti stan	20 (6,5)
Podstanarstvo	1 (0,3)
Privremeni smještaj	4 (1,3)
Udomiteljstvo / dom za starije i nemoćne	24 (7,7)
Materijalna primanja	
Mirovina	288 (92,9)
Socijalna pomoć	8 (2,6)
Poljoprivreda (obrt ili razni OPG)	2 (0,6)
Pomoć obitelji	1 (0,3)
Bez primanja	11 (3,5)

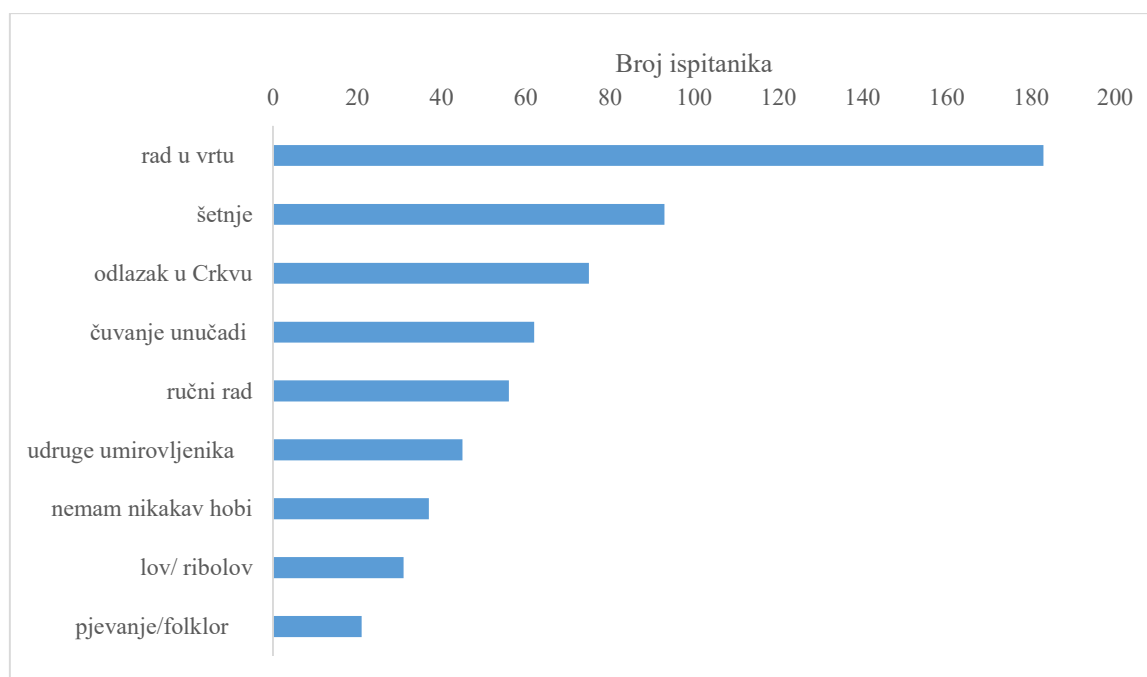
Da im primanja zadovoljavaju osnovne potrebe za življenjem odgovorilo je 196 (63,2 %), a da im ona ne omogućuju hobije njih 107 (34,5 %). Kredit ima 36 (11,6 %) ispitanika, a dodatni prihod u kućanstvu njih 36 (11,6 %).

U obavljanju svakodnevnih aktivnosti pomoć druge osobe nije potrebna za 175 (56,5 %) ispitanika. Da imaju svu potrebitu pomoć za dostojanstvenu starost (financijsku, socijalnu, emocionalnu) odgovorilo je 222 (71,6 %) ispitanika (Tablica 3).

Tablica 3. Ispitanici prema dostatnosti materijalnih primanja i potrebnoj pomoći za obavljanje svakodnevnih aktivnosti

	Broj (%) ispitanika
Primanja im zadovoljavaju osnovne potrebe za življenjem	196 (63,2)
Primanja im ne omogućuju hobije	107 (34,5)
Imaju kredit	36 (11,6)
Dodatni prihodi u kućanstvu	
Da	36 (11,6)
Ne	239 (77,1)
Ponekad	23 (7,4)
<i>Neodgovoreno</i>	12 (3,9)
Potrebna im je pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti	
Da	53 (17)
Ne	175 (56,5)
Ponekad	79 (25,5)
<i>Neodgovoreno</i>	3 (1)
Ima svu potrebitu pomoć za dostojanstvenu starost (financijsku, socijalnu, emocionalnu)	222 (71,6)

Najučestaliji hobi je rad u vrtu za 183 (59 %) ispitanika, šetnje za 93 (30 %) ispitanika i odlazak u crkvu za njih 75 (24,2 %). Unučad čuva 62 (20 %) ispitanika, ručnim radom se bavi njih 56 (18,1 %), a 45 (14,5 %) ispitanika odlazi u udrugu umirovljenika. Hobi nema 37 (11,9 %) ispitanika. Nešto ih se manje bavi lovom / ribolovom i pjevanjem / folklorom (Slika 1).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema vrsti hobija

4.2. Edmontova skala krhkosti

Edmontonova skala za procjenu krhkosti sastoji se od jedanaest pitanja koja ispituju područja krhkosti (kognitivne procese, opće zdravstveno stanje, funkcionalnu neovisnost, socijalnu potporu, upotrebu lijekova, prehranu, raspoloženje, kontinenciju i funkcionalnu izvedbu).

4.2.1. Kognitivni procesi

Kognitivni se procesi ocjenjuju kroz test crtanja sata. Od ukupnog broj ispitanika 29 (9,4 %) ih ne uspijeva nacrtati zadani zadatak s velikim pogreškama, dok kognitivni zadatak prolazi 234 (75,5 %) ispitanika (Tablica 4).

Tablica 4. Raspodjela ispitanika u odnosu na kognitivni proces

	Broj (%) ispitanika			Ukupno
	Prolazi	Ne uspijeva s manjim pogreškama	Ne uspijeva s velikim pogreškama	
Kognitivni proces - crtanje sata	234 (75,5)	41 (13,2)	29 (9,4)	304 (98,1)

4.2.2. Zdravstveno stanje

U protekloj godini je više od dva puta primljeno u bolnicu 17 (5,5 %) ispitanika, a njih 69 (22,3 %) od jednog do dva puta. Svoje zdravstveno stanje je najviše ispitanika, njih 154 (49,7 %) ocijenilo kao osrednje, a njih 44 (14,2 %) kao slabo (Tablica 5).

Tablica 5. Raspodjela ispitanika u odnosu na zdravstveno stanje

	Broj (%) ispitanika			Ukupno
	Niti jednom	1 – 2 puta	Više od 2 puta	
Koliko su puta bili primljeni u bolnicu u protekloj godini	222 (71,6)	69 (22,3)	17 (5,5)	308 (99,4)
	Odlično/ vrlo dobro/ dobro	Osrednje	Slabo	Ukupno
Kako su opisali svoje zdravstveno stanje	111 (35,8)	154 (49,7)	44 (14,2)	309 (99,7)

4.2.3. Funkcionalna neovisnost

Funkcionalnu neovisnost čini osam aktivnosti (priprema objeda, kupovina, telefoniranje, održavanje kućanstva, uzimanje lijekova, prijevoz, pranje rublja i upravljanje novcem). Od tih osam aktivnosti, najviše ispitanika, njih 174 (56,1 %) treba pomoć na samo jednu ili niti jednu aktivnost (Tablica 6).

Tablica 6. Raspodjela ispitanika u odnosu na funkcionalnu neovisnost

	Broj (%) ispitanika			Ukupno
	0 - 1	2 - 4	5 - 8	
Broj aktivnosti za koje im je potrebna pomoć	174 (56,1)	86 (27,7)	42 (13,5)	302 (97,4)

4.2.4. Pružanje pomoći

Kada trebaju pomoć, 238 (76,8 %) ispitanika uvijek ima nekoga tko im je voljan pomoći u svakom trenutku, a 4 (1,3 %) nema nikoga (Tablica 7).

Tablica 7. Raspodjela ispitanika u odnosu na pružanje pomoći

	Broj (%) ispitanika			Ukupno
	Uvijek	Ponekad	Nikada	
Kada trebaju pomoć, imaju nekoga tko im je voljan pomoći u svakom trenutku	238 (76,8)	67 (21,6)	4 (1,3)	309 (99,7)

4.2.5. Uzimanje lijekova

Pet ili više propisanih lijekova uzima 139 (44,8 %) ispitanika, a njih 132 (42,6 %) ponekad zaboravi uzeti propisane lijekove (Tablica 8).

Tablica 8. Raspodjela ispitanika u odnosu na uzimanje lijekova

Uzimanje lijekova	Broj (%) ispitanika		
	Ne	Da	Ukupno
Uzimaju 5 ili više propisanih lijekova	171 (55,2)	139 (44,8)	310 (100)
Ponekad zaborave uzeti propisane lijekove	172 (55,5)	132 (42,6)	304 (98,1)

4.2.6. Prehrana

Da su u posljednje vrijeme primijetili da su izgubili na težini, toliko da im je odjeća postala velika, navodi 65 (21 %) ispitanika (Tablica 9).

Tablica 9. Raspodjela ispitanika u odnosu na prehranu

	Broj (%) ispitanika		
	Ne	Da	Ukupno
Jesu li u posljednje vrijeme primijetili da su izgubili na težini toliko da im je odjeća postala velika	245 (79)	65 (21)	310 (100)

4.2.7. Raspoloženje

Tužno i depresivno se često osjeća 146 (47,1 %) ispitanika (Tablica 10).

Tablica 10. Raspodjela ispitanika u odnosu na raspoloženje

	Broj (%) ispitanika		
	Ne	Da	Ukupno
Često se osjećaju tužno ili depresivno	158 (51)	146 (47,1)	304 (98,1)

4.2.8. Kontinencija

Ponekad ima problem gubljenja kontrole mokrenja 91 (29,4 %) ispitanika (Tablica 11).

Tablica 11. Raspodjela ispitanika u odnosu na kontinenciju

	Broj (%) ispitanika		
	Ne	Da	Ukupno
Ponekad imaju problem gubljenja kontrole mokrenja	216 (69,7)	91 (29,4)	307 (99)

4.2.9. Funkcionalna izvedba

Funkcionalnu izvedbu određuje mjerenje vremena potrebnog da ispitanik ustane iz stolice i hoda normalnim tempom do oznake na podu (približno 3 m), a zatim se vraća do stolca i sjeda. Većini ispitanika je potrebno do 10 sekundi, dok je za 59 (19 %) ispitanika potrebno više od 20 sekundi (Tablica 12).

Tablica 12. Raspodjela ispitanika u odnosu na funkcionalnu izvedbu

	Broj (%) ispitanika			Ukupno
	0 – 10 sekundi	11 – 20 sekundi	>20 sekundi	
Funkcionalni test	145 (46,8)	96 (31)	59 (19)	300 (96,8)

4.3. Procjena sindroma krhkosti prema obilježjima ispitanika

Na osnovi Edmontove skale krhkosti, 180 (58,1 %) ispitanika nema prisutnu krhkost, umjerenu krhkost ima 20 (6,5 %) ispitanika, a ozbiljnu njih 15 (4,8 %) (Tablica 13).

Tablica 13. Ispitanici prema sindromu krhkosti

	Broj (%) ispitanika
Nije prisutna krhkost	180 (58,1)
Ranjivost	57 (18,4)
Blaga krhkost	38 (12,3)
Umjerena krhkost	20 (6,5)
Ozbiljna krhkost	15 (4,8)

Nema značajnih razlika u sindromu krhkosti u odnosu na spol, mjesto stanovanja, bračni status, veličinu primanja i dodatne prihode u domaćinstvu. Značajno je više prisutna ozbiljna krhkost kod ispitanika starije životne dobi u odnosu na mlađe (χ^2 test, $P < 0,001$). Osobe s ozbiljnom krhkosti značajnije više trebaju pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 14).

Tablica 14. Sindrom krhkosti u odnosu na obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika						P*
	Bez krhkosti	Ranjivost	Blaga krhkost	Umjerena krhkost	Ozbiljna krhkost	Ukupno	
Spol							
Muškarci	74 (41)	19 (34)	15 (39)	12 (60)	6 (43)	126 (41)	0,38
Žene	105 (59)	37 (66)	23 (61)	8 (40)	8 (57)	181 (59)	
Dob ispitanika							
65 - 75 godina	116 (64)	30 (53)	12 (32)	1 (5)	5 (33)	164 (52)	<0,001
76 - 90 godina	62 (34)	27 (47)	26 (68)	16 (80)	7 (47)	138 (45)	
91 i više godina	2 (1)	0	0	3 (15)	3 (20)	8 (3)	
Mjesto stanovanja							
Grad	77 (43)	25 (45)	16 (42)	5 (25)	7 (47)	130 (42)	0,13
Selo	97 (54)	26 (46)	22 (58)	14 (70)	6 (40)	165 (54)	
Prigradsko naselje	5 (3)	5 (9)	0	1 (5)	2 (13)	13 (4)	
Bračni status							
Udana / oženjen	103 (57)	24 (43)	17 (45)	9 (45)	7 (47)	160 (51)	0,18
Udovica / udovac	56 (31)	25 (45)	20 (53)	11 (55)	7 (47)	119 (39)	
Samac	12 (7)	5 (9)	1 (3)	0	0	18 (6)	
Razvedena / razveden	9 (5)	2 (4)	0	0	1 (7)	12 (4)	
Pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti							
Potrebna	6 (3)	6 (11)	20 (53)	9 (47)	12 (80)	53 (17,3)	<0,001
Nije potrebna	140 (79)	26 (46)	7 (18)	2 (11)	0	175 (57)	
Ponekad	32 (18)	25 (44)	11 (29)	8 (42)	3 (20)	79 (26)	
Primanja im zadovoljavaju osnovne potrebe za življenjem							
Da	122 (69)	36 (64)	18 (47)	11 (55)	9 (60)	196 (64)	0,19
Dodatni prihodi u kućanstvu							
Da	30 (18)	3 (5)	2 (5)	0	1 (7)	36 (12,1)	0,08
Ne	128 (75)	49 (86)	33 (89)	17 (85)	12 (86)	239 (80)	
Ponekad	12 (7)	5 (9)	2 (5)	3 (15)	1 (7)	23 (8)	

* χ^2 test

4.4. Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (MSPSP)

S obzirom na podršku obitelji, većina ispitanika ima potpunu podršku svoje obitelji, koja se trudi pomoći, pruža emocionalnu podršku, s kojom mogu razgovarati i koja je uvijek spremna pomoći kod donošenja nekih odluka. Od 187 (61 %) do 198 (64 %) ispitanika navodi da postoji posebna osoba u njihovom životu na koju se mogu osloniti, s kojom mogu podijeliti radost i tugu, i kojoj je stalo do ispitanikovih osjećaja. U odnosu na bliske prijatelje, njih 168 (55 %) navodi da ima prijatelje s kojima mogu podijeliti svoje veselje i tugu (Tablica 15).

Tablica 15. Samoprocjena multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške

	Broj (%) ispitanika							Ukupno
	U potpunosti Se ne slažem	Izrazito se ne slažem	Umjereno se ne slažem	Neutralan stav	Umjereno se slažem	Izrazito se slažem	U potpunosti se slažem	
Obitelj								
Moja obitelj zaista nastoji pomoći	22 (7)	4 (1,3)	10 (3,2)	6 (1,9)	21 (6,8)	36 (12)	211 (68)	310 (100)
Moja obitelj mi daje potrebnu emocionalnu podršku i pomoć	22 (7)	1 (0,3)	12 (3,9)	7 (2,3)	24 (7,8)	36 (12)	205 (67)	307 (100)
Mogu razgovarati o svojim problemima sa svojom obitelji	19 (6)	7 (2,3)	5 (1,6)	20 (6,5)	21 (6,8)	40 (13)	196 (64)	308 (100)
Moja obitelj voljna mi je pomoći u donošenju odluka	26 (8)	2 (0,6)	5 (1,6)	16 (5,2)	21 (6,8)	32 (10)	208 (67)	310 (100)
Postoji posebna osoba								
... koja je uz mene kada mi je to potrebno	28 (9)	3 (1)	11 (3,5)	18 (5,8)	22 (7,1)	40 (13)	188 (61)	310 (100)
... s kojom mogu podijeliti svoje veselje i tugu	19 (6)	3 (1)	16 (5,2)	15 (4,8)	23 (7,4)	36 (12)	198 (64)	310 (100)
... koja za mene predstavlja pravi izvor utjehe	21 (7)	9 (2,9)	14 (4,5)	13 (4,2)	19 (6,1)	39 (13)	194 (63)	309 (100)
... kojoj je stalo do mojih osjećaja	23 (7)	2 (0,7)	11 (3,6)	19 (6,2)	31 (10,1)	34 (11)	187 (61)	307 (100)
Bliski prijatelji								
Moji prijatelji zaista pokušavaju pomoći	25 (8)	5 (1,6)	19 (6,2)	31 (10,1)	35 (11,4)	42 (14)	151 (49)	308 (100)
Mogu računati na svoje prijatelje kada stvari krenu po zlu	24 (8)	11 (3,6)	16 (5,2)	22 (7,2)	38 (12,5)	33 (11)	161 (53)	305 (100)
Imam prijatelje s kojima mogu podijeliti svoje veselje i tugu	20 (7)	5 (1,6)	14 (4,6)	21 (6,9)	42 (13,7)	36 (12)	168 (55)	306 (100)
S prijateljima mogu razgovarati o svojim problemima	25 (8)	10 (3,2)	19 (6,1)	19 (6,1)	43 (13,9)	26 (8)	167 (54)	309 (100)

Mogući raspon bodova cijele skale je od 12 do 84, a pojedinih domena od 4 do 28, gdje veći broj označava veću percipiranu socijalnu podršku.

Medijan cijele skale je 76 (interkvartilnog raspona od 60 do 84) u rasponu od 12 do 84. Najniža ocjena se odnosi na bliske prijatelje (Tablica 16).

Tablica 16. Ocjene multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške

	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum/ maksimum
Obitelj	28 (23 – 28)	4 - 28
Postoji posebna osoba	27 (20 – 28)	4 – 28
Bliski prijatelji	25 (19 – 28)	4 – 28
Sveukupno skala	76 (60 – 84)	12 - 84

Ispitanici su podijeljeni u tri skupine: njih 40 (12,9 %) ima nizak stupanj percipirane socijalne podrške (12 do 48 bodova), umjeren stupanj percipirane socijalne podrške (49 do 68) ima 67 (21,6 %) ispitanika, dok njih 203 (65,5 %) ima visok stupanj percipirane socijalne podrške (ukupan zbroj bodova od 69 do 84).

Razina percipirane socijalne podrške ne razlikuje se značajno prema spolu. Ispitanici starije životne dobi značajnije su više ocijenili nisku razinu percipirane socijalne podrške u odnosu na ispitanike do 75 godina (χ^2 test, $P = 0,02$), kao i ispitanike koji žive u prigradskim naseljima (χ^2 test, $P = 0,02$).

S obzirom na bračni status, visok stupanj percipirane socijalne podrške imaju ispitanici koji su u braku, umjeren stupanj udovci / udovice, a oni koji su sami ili su razvedeni značajnije češće imaju nizak stupanj percipirane socijalne podrške godina (χ^2 test, $P < 0,02$).

Kod ispitanika koji ponekad ili stalno trebaju pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti značajnije je češće razina percipirane socijalne podrške niska ili umjerena u odnosu na ispitanike kojima pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti nije potrebna (χ^2 test, $P < 0,001$).

Ukoliko primanja zadovoljavaju osnovne potrebe za življenjem, ispitanici su značajnije s visokom razinom percepcije socijalne podrške (χ^2 test, $P = 0,01$). Ispitanici koji nemaju dodatni prihod u kućanstvu, značajno više su niske razine percepcije socijalne podrške (χ^2 test, $P = 0,002$) (Tablica 17).

Tablica 17. Razina percipirane socijalne podrške u odnosu na obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika prema razini percipirane socijalne podrške				<i>P</i> *
	Nizak stupanj	Umjeren stupanj	Visok stupanj	Ukupno	
Spol					
Muškarci	17 (43)	30 (46)	79 (39)	126 (41)	0,59
Žene	23 (58)	35 (54)	123 (61)	181 (59)	
Dob ispitanika					
65 - 75 godina	19 (48)	25 (37)	120 (59)	164 (53)	0,02
76 – 90 godina	20 (50)	39 (58)	79 (39)	138 (45)	
91 i više godina	1 (3)	3 (4)	4 (2)	8 (3)	
Mjesto stanovanja					
Grad	15 (38)	28 (42)	87 (43)	130 (42)	0,02
Selo	19 (49)	34 (51)	112 (55)	165 (54)	
Prigradsko naselje	5 (13)	5 (7)	3 (1)	13 (4)	
Bračni status					
Udana / oženjen	7 (18)	29 (43)	124 (61)	160 (52)	<0,001
Udovica / udovac	19 (49)	34 (51)	66 (33)	119 (39)	
Samac	10 (26)	1 (1)	7 (3)	18 (6)	
Razvedena / razveden	3 (8)	3 (4)	6 (3)	12 (4)	
Pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti					
Potrebna	11 (28)	20 (31)	22 (11)	53 (17)	<0,001
Nije potrebna	14 (35)	27 (42)	134 (66)	175 (57)	
Ponekad	15 (38)	18 (28)	46 (23)	79 (26)	
Primanja im zadovoljavaju osnovne potrebe za življenjem					
	17 (43)	41 (62)	138 (69)	196 (64)	0,01
Dodatni prihodi u kućanstvu					
Da	2 (5)	3 (5)	31 (16)	36 (12)	0,002
Ne	37 (93)	49 (78)	153 (78)	239 (80)	
Ponekad	1 (3)	11 (17)	11 (6)	23 (8)	

 * χ^2 test

4.5. Povezanost multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške (MSPSP) i skale krhkosti

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenjena je povezanost skale percipirane socijalne podrške i skale krhkosti, i uočava se da postoji negativna i značajna povezanost skale krhkosti sa svim domenama i s ukupnom skalom percipirane socijalne podrške. Odnosno, što je više izražena krhkost to je niže ocijenjena pojedina domena i ukupna skala percipirane socijalne podrške (Tablica 18).

Tablica 18. Povezanost skale krhkosti i skale percipirane socijalne podrške

	Spearmanov koeficijent korelacije Rho (P vrijednost) skale krhkosti
Obitelj	-0,307 (<0,001)
Postoji posebna osoba	-0,373 (<0,001)
Bliski prijatelji	-0,313 (<0,001)
Sveukupno skala	-0,377 (<0,001)

Ispitanici koji nemaju prisutnu krhkost značajno imaju visok stupanj percipiranja socijalne podrške u odnosu na ispitanike s umjerenom i ozbiljnom krhkosti (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 19).

Tablica 19. Razina percipirane socijalne podrške u odnosu na izraženost krhkosti

	Broj (%) ispitanika prema razini percipirane socijalne podrške				P*
	Nizak stupanj	Umjeren stupanj	Visok stupanj	Ukupno	
Nije prisutna krhkost	16 (40)	17 (25)	147 (72)	180 (58)	
Ranjivost	10 (25)	19 (28)	28 (14)	57 (18)	
Blaga krhkost	5 (13)	16 (24)	17 (8)	38 (12)	<0,001
Umjerena krhkost	5 (13)	7 (10)	8 (4)	20 (6)	
Ozbiljna krhkost	4 (10)	8 (11,9)	3 (1,5)	15 (4,8)	
Ukupno	40 (100)	67 (100)	203 (100)	310 (100)	

* χ^2 test

5. RASPRAVA

Ukupan broj sudionika ovog istraživanja je 310. Većina ispitanika su žene, što je u skladu s podacima posljednjeg popisa stanovništva gdje žene čine veći dio starije populacije. Također su žene u većini istraživanja suradljivije i spremnije sudjelovati. Najzastupljeniji su ispitanici u dobi od 65 do 75 godina. Najveći broj ispitanika ima osnovnoškolsko obrazovanje. Više od pola ispitanika živi na selu. U braku ih je više od polovice, dok djecu ima 285 ispitanika. Najveći broj ispitanika živi sa suprugom, dok ostali žive sami ili s djecom. Velika većina ispitanika živi u vlastitoj kući, dok ostali žive u udomiteljstvu / domu za starije i nemoćne ili vlastitom stanu. Gotovo svi ispitanici primaju mirovinu. Više od pola ispitanika je odgovorilo da im primanja zadovoljavaju osnovne potrebe življenja. Isto tako više od polovini ispitanika nije potrebna pomoć druge osobe pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Većina ispitanika ima potrebnu pomoć za dostojanstvenu starost. Najučestaliji hobiji kod većine ispitanika su rad u vrtu, a iza njega slijede šetnje i odlazak u crkvu.

U ovom istraživanju ispitivanje kognitivnih procesa kroz test crtanja prošla je većina ispitanika (75,5 %), dok njih 13,2 % ne uspijeva s manjim greškama, te 9,4 % ne uspijeva s velikim greškama. Slični su rezultati dobiveni studijom iz 2018. godine, autora Rose M., provedenom u Australiji gdje je većina ispitanika (56 %) položilo ispitivanje kognitivnih procesa (22). Pregledom dobivenih rezultata iz studije koja je provedena 2017. godine u Vijetnamu, autora Vua, rezultati su nešto drugačiji, gdje kognitivno ispitivanje prolazi nešto manje od pola ispitanika (49 %), dok s manjim ili većim greškama ne uspijeva njih 51 % (23). U usporedbi sa studijom iz Osijeka, provedenom 2018. godine, autorice Kovačić A., rezultati su znatno drugačiji. U navedenoj studiji većina ispitanika (76,5 %) ne uspijeva proći ispitivanje kognitivnih procesa, dok samo 16,4 % ispitanika prolazi ispitivanje (24). Pretpostavka je da dobivene rezultate možemo pripisati samom provođenju ispitivanja, gdje su u slučaju ove studije, ispitanici bili nadgledani i ocjenjivani od strane stručne osobe, te su se time mogle otkloniti eventualne nejasnoće prilikom ispunjavanja anketnog upitnika.

Ispitivanjem zdravstvenog stanja utvrđeno je da gotovo polovica ispitanika svoje zdravstveno stanje ocjenjuje kao osrednje, dok ga je manji udio ispitanika (14,2 %) označio kao slabo. Više od dvije hospitalizacije u prošloj godini imalo je samo 5,5 % ispitanika, dok je njih 22,3 % bilo

hospitalizirano jedan do dva puta. Većina ispitanika nije bila ni jednom hospitalizirana. Moguće je da je broj hospitalizacija nešto manji nego što bi bio da nije pandemije korone radi čega starije osobe izbjegavaju odlaske u bolnicu. U usporedbi s dobivenim rezultatima iz studije provedene 2021. godine u Ljubljani, autorice Jazbar J. i suradnika, gotovo je polovica ispitanika svoje zdravstveno stanje ocijenila kao osrednje i slabo, što se djelomično podudara s rezultatima dobivenim ovom studijom (14). Isto tako uspoređujući studiju provedenu u Osijeku, autorice Kovačić A., rezultati su gotovo jednaki, gdje je većina ispitanika svoje zdravstveno stanje ocijenila kao osrednje i slabo (42,5 % i 21,8 %) (24).

Ispitivanje funkcionalne neovisnosti provodilo se kroz osam aktivnosti, a to su: priprema objeda, kupovina, telefoniranje, održavanje kućanstva, uzimanje lijekova, prijevoz, pranje rublja i upravljanje novcem. Najveći broj ispitanika (njih 56,1 %) trebalo je pomoć za jednu ili niti jednu aktivnost, što više od polovice ispitanika čini funkcionalno neovisno, dok je za pet do osam aktivnosti pomoć trebalo 13,5 % ispitanika. Ispitanicima ovog istraživanja najčešće je pomoć potrebna u aktivnosti kupovine i prijevoza što se može objasniti neposjedovanjem automobila i/ili vozačke dozvole ili zdravstvenim statusom koji im onemogućava ove aktivnosti. U odnosu na studiju provedenu u Vijetnamu, autora Vua, gdje je 42,5 % ispitanika trebalo pomoć za jednu ili niti jednu aktivnost i 29,3 % ispitanika za pet do osam aktivnosti, što su znatno lošiji rezultati prema rezultatima ove studije (23). Sličan rezultat pokazuje i studija provedena u Australiji, gdje je 31 % ispitanika trebalo pomoć za jednu ili niti jednu aktivnost, dok je za pet do osam aktivnosti pomoć trebalo 30 % ispitanika (22).

Pet ili više propisanih lijekova uzima gotovo pola ispitanika, dok njih 42,6 % ponekad zaboravi uzeti propisanu terapiju. Ovi rezultati pokazuju na mogući problem polipragmazije i/ili lošiji zdravstveni status nego što su ga ispitanici ovog istraživanja ocijenili. Dodatni zdravstveni problem može predstavljati neadekvatno uzimanje terapije koje može dovesti do značajnih zdravstvenih problema. Usporedbom studije provedene u Osijeku, autorice Kovačić A., dobiveni su nešto bolji rezultati, gdje 39,2 % ispitanika uzima pet ili više propisanih lijekova, dok tek 29 % ispitanika zaboravlja uzeti svoju terapiju (24). Studija provedena u Australiji, autora Rose M., pokazala je nešto veći udio ispitanika s pet ili više propisanih lijekova, dok ih samo 20 % zaboravlja uzeti propisanu terapiju (22). Isto tako uspoređujući rezultate iz studije provedene u Vijetnamu, autora Vua, dobiven je znatno niži udio ispitanika koji uzimaju pet ili

više propisanih lijekova, njih samo 16,9 %, dok ih 28% zaboravlja uzeti propisanu terapiju (23). Navedeni rezultati mogu ukazivati na veći stupanj zdravstvene pismenosti i discipline u svijetu u odnosu na rezultate u oba domicilna istraživanja.

Čest osjećaj tuge ili depresije prijavilo je nešto manje od polovice ispitanika što je slično rezultatima dobivenim u studiji provedenoj u Osijeku, autorice Kovačić A. Rezultati dobiveni u studiji provedenoj u Australiji, autora Rose M., i Vijetnamu, autora Vua, znatno su manji (22, 23, 24). Prostorno-vremenski kontekst ovog istraživanja možda bi mogao objasniti dobivene rezultate gdje velik udio ispitanika u ovom istraživanju ima nedavno iskustvo potresa i pandemije, a i ratna su zbivanja devedesetih godina na ovom području ostavila trag.

Inkontinenciju je doživjelo gotovo trećina ispitanika, što se razlikuje od rezultata dobivenih studijom u Osijeku, autorice Kovačić A., gdje je inkontinenciju doživjelo 39,1 % ispitanika. Značajniju razliku u rezultatima su prikazali autori Vu i Rose M., gdje je u vijetnamskoj studiji samo 5,9 % ispitanika doživjelo inkontinenciju, dok ju je u australskoj studiji doživjelo čak 51 % ispitanika (22, 23, 24). Pitanje razlike u rezultatima moglo bi se možda objasniti kulturološkim razlikama ispitanika u navedenim istraživanjima gdje u manjim i konzervativnijim sredinama pitanje inkontinencije spada u intimnija pitanja o kojima starije osobe nisu spremne govoriti.

Funkcionalnu izvedbu odredilo se vremenom potrebnim da ispitanik ustane iz stolice, hoda normalnim tempom približno 3 m i vraća se do stolca i sjeda. Gotovo polovici ispitanika bilo je potrebno 10 sekundi, dok je 19 % ispitanika potrebno 20 i više sekundi. Za razliku od rezultata studije provedene u Osijeku, autorice Kovačić A., gdje je nešto manjem udjelu ispitanika (36,5 %) trebalo 10 sekundi, dok je 30,9 % ispitanika trebalo 20 i više sekundi (24).

Prema Edmontovoj skali krhkosti, u više od polovice ispitanika nije prisutna krhkost, dok je ranjivost prisutna u 18,4 %, a ukupno je krhko 23.6 % ispitanika (blaga krhkost u 12,3 %, umjerena krhkost u 6,5 %, i ozbiljna krhkost 4,8 %). Nema značajnijih razlika u sindromu krhkosti u odnosu na spol, mjesto stanovanja, bračni status, veličinu prihoda u domaćinstvu. Značajno je prisutnija ozbiljna krhkost kod starijih ispitanika u odnosu na mlađe. Osobe s

ozbiljnom krhkosti značajnije više trebaju pomoć druge osobe u obavljanju drugih aktivnosti. Uspoređujući sa studijom provedenom u Italiji u kojoj je sudjelovalo 542 ispitanika starijih od 65 godina i više, 51.4 % nije imalo krhkost, 33.3 % je bilo ranjivo, dok je 15.1 % imalo krhkost, što nisu toliko različiti rezultati. Navedeno je istraživanje pokazalo da se s povećanjem životne dobi povećava incidencija krhkosti, što je slično ovom istraživanju. Isto tako u navedenom istraživanju ženske su ispitanice bile krhkije od muškaraca, što nije slučaj u ovom istraživanju. Bračni je status imao veliku ulogu u pojavnosti krhkosti, gdje je dobivenim rezultatima utvrđeno da su ljudi u braku manje krhki, što je razlika s obzirom na rezultate ovog istraživanja. Rezultati su talijanske studije pokazali da su visina mjesečnih primanja i više obrazovanje utjecali na pojavnost krhkosti, u obrnuto proporcionalnom odnosu, dok ovim istraživanjem nisu dobiveni takvi rezultati (25).

Prospektivno kohortno istraživanje provedeno je u Kanadi, autora Bagshaw S. M. i jednog od autora dr. Darryla Rolfsona, ujedno autora Edmontove skale krhkosti, provedenom u šest različitih bolnica, na jedinicama intenzivnog liječenja u kojem je sudjelovao 421 ispitanik u dobi od 50 godina i više, od kojih je 33 % bilo krhko. Dobiveni rezultati pokazali su da su stariji pacijenti bili krhkiji, što je slučaj i u ovom istraživanju. U navedenom istraživanju ispitanici koji su bili krhki imali su više komorbiditeta, ozbiljnije bolesti, veće probleme s mobilnošću, osobnom higijenom te veći stupanj anksioznosti i boli. Dobivena je sličnost s rezultatima ovog istraživanja, gdje osobi s ozbiljnijom krhkošću isto treba pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Razlike u rezultatima između ova dva istraživanja možemo pripisati različitom metodološkom pristupu i razlici u ispitivanom uzorku (26).

S obzirom na dobivene rezultate percipirane socijalne podrške, najznačajniju podršku ispitanici pokazuju na subskali obitelji, koja im pruža emocionalnu podršku, koja im se trudi pomoći i s kojom mogu razgovarati. Na subskali posebne osobe, njih 61 - 64 % navodi da postoji takva osoba. Njih 55 % navodi da imaju bliske prijatelje. 12,9 % ispitanika ima nizak stupanj percipirane socijalne podrške. Umjeren stupanj percipirane socijalne podrške ima 21,6 % ispitanika, dok njih 65,5 % ima visok stupanj percipirane socijalne podrške. Razina percipirane socijalne podrške ne razlikuje se značajno prema spolu, ali se razlikuje prema dobi, gdje su ispitanici starije životne dobi značajnije ocijenili nisku razinu percipirane socijalne podrške, u odnosu na ispitanike do 75 godina starosti, značajnije niži rezultati dobiveni su i kod ispitanika

koji žive na selu. Kod ispitanika koji su braku dokazno je postojanje visokog stupnja socijalne podrške, dok kod osoba koje su udovci postoji umjeren stupanj, a osobe koje su razvedene ili same imaju značajnije niži stupanj socijalne podrške. Pitanje koje se može postaviti je pokazuju li ovi rezultati da smo društvo koje manje funkcionalne i starije osobe kojima je potrebna veća podrška zaboravlja i ostavlja bez podrške ili možda stariji ispitanici češće ostaju bez supružnika pa je njihova percepcija socijalnog suporta manja. Ovim rezultatima potvrđena je zaštitna uloga supružnika koji su u starijoj životnoj dobi najčešći davaoci, ali i primatelji socijalne podrške. Isto tako značajnije niska ili umjeren razina socijalne podrške je prisutna kod ispitanika koji trebaju pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Ispitanici koji nemaju dodatna primanja u kućanstvu također imaju niže razine socijalne podrške. Iz dobivenih rezultata možemo zaključiti da je kvaliteta života znatno veća i bolja kod ispitanika koji su u braku ili žive u krugu svojih obitelji, gdje dobivaju potrebnu emocionalnu, fizičku i financijsku pomoć svojih bližnjih. Slične rezultate s obzirom na kvalitetu života dobila je i autorica Domitrović A. u svojem diplomskom radu, gdje je većina ispitanika imala visoku socijalnu podršku svojih obitelji te je samim tim kvaliteta života ispitanika bila bolja (27). Ovo istraživanje se slaže s istraživanjem Šincek i Vuletić, gdje autorice potvrđuju kako loše zdravlje nije nužno prediktor za lošiju kvalitetu života ako je socijalna podrška zadovoljavajuća (28).

U ovoj studiji uočena je negativna i značajna povezanost skale krhkosti sa svim domenama i s ukupnom skalom percipirane socijalne podrške. Oni ispitanici koji su imali veći stupanj krhkosti također su imali i niže rezultate percipirane socijalne podrške. Ispitanici koji nemaju prisutnu krhkost značajno imaju visok stupanj percipiranja socijalne podrške. Navedeni rezultati ukazuju na potrebu socijalnog suporta starijim članovima društva jer na taj način direktno utječemo na njihovu kvalitetu života, smanjuje se pojavnost krhkosti, ali i drugih stanja i bolesti koje dovode do loših zdravstvenih ishoda.

6. ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja dovode do zaključaka:

- nema značajnijih razlika u krhkosti prema spolu, mjestu stanovanja, bračnom statusu, dok je prisutna životna dob značajan prediktor za krhkost
- nema značajnijih razlika u pojavnosti sindroma krhkosti s obzirom na veličinu primanja i dodatne prihode
- značajnije razlike su primijećene kod osoba koje u svakodnevnim aktivnostima trebaju pomoć druge osobe te je isto tako krhkost više izražena kod ispitanika s nižom socijalnom podrškom
- ne postoje značajne razlike s obzirom na hobije ispitanika.

7. SAŽETAK

Cilj istraživanja: Cilj rada je ispitati pojavnost i stupanj krhkosti osoba starije životne dobi Sisačko-moslavačke županije te ispitati razlike s obzirom na sociodemografske karakteristike, socioekonomski status, socijalnu potporu te razlike s obzirom na podatke vezane uz slobodno vrijeme (hobije).

Metode i ispitanici: Istraživanje je obuhvaćalo osobe starije od 65. godine života, sudjelovalo je 310 ispitanika te je provedeno u Sisačko-moslavačkoj županiji. Kao instrument istraživanja korišten je upitnik konstruiran za potrebe ovog istraživanja, hrvatska verzija Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške te Edmontova skala za procjenu krhkosti. Korištene su adekvatne statističke metode odabrane prema postavljenim ciljevima i uzorku.

Rezultati: Značajno je više prisutna ozbiljna krhkost kod ispitanika starije životne dobi u odnosu na mlađe (χ^2 test, $P < 0,001$). Osobe s ozbiljnom krhkosti značajnije više trebaju pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (χ^2 test, $P < 0,001$). Krhke osobe imaju ocjenjenu nižu skalu socijalne potpore. Umjerena krhkost je prisutna kod 6,5 % ispitanika, a ozbiljnu krhkost ima njih 4,8 %.

Zaključak: Nema značajnijih razlika u krhkosti prema spolu, mjestu stanovanja, bračnom statusu, dok je prisutna značajno veća krhkost kod ispitanika starije životne dobi, u odnosu na mlađe od 75 godina. Nisu pronađene značajnije razlike u pojavnosti sindroma krhkosti s obzirom na veličinu primanja i dodatne prihode. Značajnije razlike su primijećene kod osoba kojima je potrebna pomoć druge osobe u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, te je krhkost više izražena kod ispitanika s nižom socijalnom podrškom. Značajnih razlika s obzirom na hobije nema.

Ključne riječi: krhkost; osobe starije životne dobi; Sisačko-moslavačka županija; socijalna potpora

8. SUMMARY

The connection between social support and socioeconomic status with the appearance of frailty syndrome in the elderly of Sisak-Moslavina County

Aim: The purpose of this study is to examine the incidence and degree of the frailty of elderly people in Sisak-Moslavina County and to examine the differences in sociodemographic characteristics, socioeconomic status, social support and differences regarding data related to hobbies.

Methods: The study included 310 participants over the age of 65 and was conducted in Sisak-Moslavina County. A questionnaire designed specifically for this study, the Croatian version of the multidimensional scale of perceived social support, and the Edmont scale for assessing fragility were used as research instruments. Statistical methods that were appropriate for the goals and sample were chosen.

Results: Serious frailty is significantly more prevalent in elderly subjects than in younger subjects (χ^2 test, $P < 0,001$). People with severe frailty require significantly more assistance from others in performing daily activities (χ^2 test, $P < 0,001$). Fragile people are rated lower on the social support scale. Moderate fragility is present in 6.5% of respondents, and 4.8% have severe fragility.

Conclusion: There are no significant differences in frailty based on gender, place of residence or marital status, but participants over 75 years of age have significantly higher frailty than those under 75 years of age. There were no significant differences in the incidence of frailty syndrome based on income or additional income. Significant differences were found in people who require the assistance of another person to perform daily tasks, and frailty is more prominent in participants with lower social support. In terms of hobbies, there are no significant differences.

Keywords: elderly people; frailty; Sisak-Moslavina County; social support

9. LITERATURA

1. Tomek-Roksandić S, Perko G, Mihok D, Puljak A, Radašević H, Ljubičić M. Nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje–"4 N" u gerijatriji. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*. 2005;11(58):108-13.
2. Despot Lučanin J. *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
3. Wertheimer-Baletić A. Depopulacija i starenje stanovništva – temeljni demografski procesi u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja*. 2004;13(4-5 (72-73)):631-51.
4. Republika Hrvatska. Državni zavod za statistiku. Dostupno na adresi: <https://podaci.dzs.hr/hr/>. Datum pristupa: 23.08.2022.
5. Šućur Z. Siromaštvo i socijalni transferi u Hrvatskoj. *Financijska teorija i praksa*. 2005;29(1):37-58.
6. Šućur Z. Objektivno i subjektivno siromaštvo u Hrvatskoj. *Rev. soc. polit.* 2006;13(3-4):237-55.
7. Hudek-Knežević J, Kardum I. *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2006.
8. Janković J. *Obitelj u fokusu*. Zagreb: Etcetera; 2008.
9. Mirfin-Veitch B, Bray A, Watson M. We're just that sort of family: Intergenerational relationship in families including children with disabilities. *Family Relations*. 1997;46(3):305-11.
10. Mitchell MM. *Parents' stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder (dissertation)*. Maryland: University of Maryland; 2006.
11. Jakovljević D. *Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2004. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/57/1/DarijaJakovljevi%C4%87.pdf>. Datum pristupa: 23.08.2022.
12. British geriatrics society. Practice Question - What is frailty and how best can I care for older patients who are frail? Dostupno na adresi: <https://www.bgs.org.uk/resources/introduction-to-frailty>. Datum pristupa: 06.07.2022.
13. Jazbar J, Pišek Š, Locatelli I, Kos M. Prevalence and incidence of frailty among community-dwelling older adults in Slovenia. *Zdr Varst.* 2021;60(3):190-8.
14. Liu CK, Fielding RA. Exercise as an intervention for frailty. *Clin Geriatr Med*. 2011;27(1):101-10.

15. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
16. Hadživuković NP, Pavlović JR, Račić MN, Ivković NM, Kalajdžić OB, Perućica RR i sur. Poređenje nekih funkcionalnih i antropometrijskih parametara kao faktora rizika za fragilnost među polovima kod starih osoba. *Opšta medicina*. 2022;28(1-2):27-36.
17. Palace ZJ, Flood - Sukhdeo J. The Frailty Syndrome. *The Frailty Syndrome, Today's Geriatric Medicine*. 2014;7(1):18.
18. Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar. Zdravstveno-statistički ljetopis grada Zagreba za 2017. godinu. Dostupno na adresi: https://www.stampar.hr/sites/default/files/2021-07/znanstveno-sttisticki_ljetopis_grada_zagreba_2017_web.pdf. Datum pristupa: 09.09.2022.
19. Marušić M, Bilić Zulle L, Đogar Z, Grčević D, Huić M, Ivanišić A, i sur. Uvod u znanstveni rad u medicini. 6. izd. Zagreb: Medicinska Naklada; 2019.
20. Medved A, Keresteš G. Usamljenost u ranoj adolescenciji: spolne i dobne razlike te povezanost sa socijalnim odnosima. *Društvena istraživanja*. 2011;20(2 (112)):457-78.
21. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-9.
22. Rose M, Yang A, Welz M, Masik A, Staples M. Novel modification of the Reported Edmonton Frail Scale. *Australas J Ageing*. 2018;37(4):305-8.
23. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, Nguyen AT, Cumming R, Hilmer S, Pham T. Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):216.
24. Kovačić A. Procjena sindroma krhkosti kod osoba starije dobi. Diplomski rad. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet; 2018. Dostupno na: urn:nbn:hr:152:574223
25. Poli S, Cella A, Puntoni M, Musacchio C, Pomata M, Torriglia D, Vello N, Molinari B, Pandolfini V, Torrigiani C, Pilotto A. Frailty is associated with socioeconomic and lifestyle factors in community-dwelling older subjects. *Aging Clin Exp Res*. 2017;29(4):721-28.
26. Bagshaw SM, Stelfox HT, Johnson JA, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Ibrahim Q, Majumdar SR. Long-term association between frailty and health-related quality of life among survivors of critical illness: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care Med*. 2015;43(5):973-82.

27. Domitrović A. Zadovoljstvo kvalitetom života osoba s transplantiranom jetrom. Diplomski rad. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet; 2017. Dostupno na: urn:nbn:hr:152:337062
28. Šincek D, Vuletić G. Važnost socijalne podrške na kvalitetu života Istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini. U: Vuletić G, urednica. Kvaliteta života i zdravlja. Osijek: Hrvatska zaklada za znanost; 2011. str. 52-72.

11. PRILOZI

1. Odobrenje Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Kutina
2. Suglasnost za provedbu istraživanja u Domu za starije i nemoćne osobe Sisak
3. Odobrenje autora (Darryl Rolfson dr.med.) za korištenje Edmontove skale krhkosti
4. Odobrenje autora (Prof.dr.sc. Gordana Keresteš i Ankice Medved) za korištenje validirane Multidimenzionalne skale percipirane socijalne podrške

Prilog 1.

DOM ZDRAVLJA KUTINA
Kutina, A. G. Matoša 42
Urbroj: 2176-122-02- 579 -22
Kutina, 06. 05. 2022.

Temeljem članka 29. Statuta Doma zdravlja Kutina, Zamolbe od 21. 04.2022 i nadopune od 03. 05. 2022. g. koju je podnijela Tajana Žižak, bacc.med. techn., studentica Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva, Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Kutina na svojoj sjednici održanoj dana 06. svibnja 2022. godine jednoglasno donosi

ODLUKU

1. Usvaja se Zamolba od dana 21. 04. 2022 i nadopuna od 03. 05. 2022. g. koju je podnijela Tajana Žižak, bacc.med. techn., studentica Sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstva i odobrava se provođenje istraživanja u okviru izrade diplomskog rada pod nazivom "Povezanost socijalne potpore i socioekonomskog statusa s pojavnošću sindroma krhkosti kod osoba starije životne dobi SMŽ", sukladno dokumentaciji koja se nalazi u prilogu ove Odluke koja je njen sastavni dio.
2. Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja.

PREDSJEDNICA POVJERENSTVA

dr. Marina Kustec Dominić, dr. med.



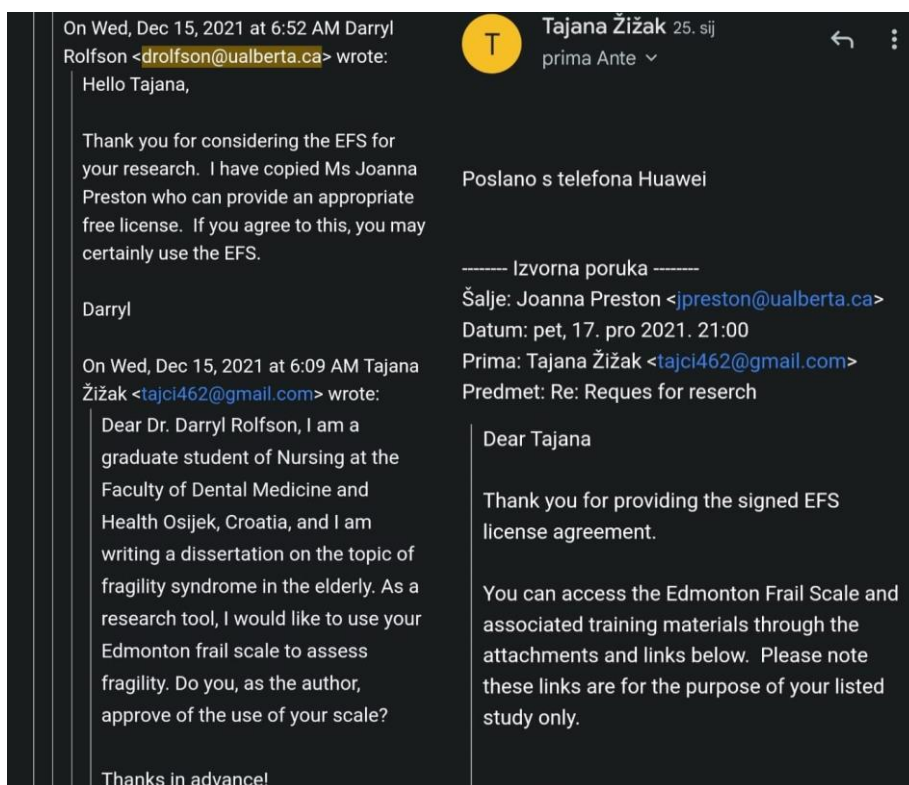
Dostaviti:

1. Tajana Žižak, Novska, Kralja Zvonimira 104
2. Ravnateljica DZ Kutina
3. Etičko povjerenstvo
4. Arhiva

Prilog 2.



Prilog 3.



Thank you for your interest in the Edmonton Frail Scale. The official version of the EFS and the training materials were prepared for individuals or groups who have obtained a complete license for use of the Edmonton Frail Scale.

If you have questions about licensing, please contact veronica.coronado@tedmonton.com
If you have other questions about the EFS, please contact darryl.rolfson@ualberta.ca

The license will describe specific conditions for use. A completed license will grant you access to the following materials:

Edmonton Frail Scale Bedside Version August 2019
Edmonton Frail Scale translations (as available upon request)
Edmonton Frail Scale Tool Kit Version 1.7
Edmonton Frail Scale Training Video

You can access EFS Training video using the following link. The password is **efstraining2019** If at any point the link or password do not work, please contact Dr. Rolfson directly.

<https://edmontonfrailscale.org/training-video>

The EFS website link is edmontonfrailscale.org

We are developing a training curriculum and would be very interested in any suggestions or feedback. What worked well? Do you have suggestions that we could use in the future? Please send any feedback directly to Dr. Rolfson by email.

Sincerely,

Darryl Rolfson, MD, FRCPC
Professor of Geriatric Medicine, University of Alberta
1-198, Clinical Sciences Building, 11350 83 Ave
Edmonton, Alberta, Canada T6G 2P4
Email: drolfson@ualberta.ca
Fax: 780-492-2874

Prilog 4.

