

Percepcija i zadovoljstvo s kvalitetom života u lokalnom okruženju osoba starije životne dobi na području Varaždinske županije

Pavlaković, Marina

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:958768>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 382/SSD/2024

**Percepcija i zadovoljstvo s kvalitetom
života u lokalnom okruženju osoba starije
životne dobi**

Marina Pavlaković

Varaždin, rujan 2024.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo –
menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 382/SSD/2024

Percepcija i zadovoljstvo s kvalitetom
života u lokalnom okruženju osoba starije
životne dobi

Student:
Marina Pavlaković, 4909/601

Mentor:
doc. dr. sc. Tomislav Meštrović,
dr. med.

Varaždin, rujan 2024.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo - menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Marina Pavlaković	MATIČNI BROJ	4909/601
DATUM	15.9.2024.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Percepcija i zadovoljstvo s kvalitetom života u lokalnom okruženju osoba starije životne dobi na području Varaždinske županije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Perception and satisfaction with quality of life in the local environment of elderly people in the Varaždin County area		
MENTOR	izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović	ZVANJE	Izvanredni profesor; viši znanstveni suradnik
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg, predsjednica Povjerenstva		
	2. izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović, mentor		
	3. doc. dr. sc. Sonja Obranić, član		
	4. izv. prof. dr. sc. Rosana Ribić, zamjenski član		
	5.		

Zadatak diplomskog rada

BROJ
382/SSD/2024

OPIS

Kvaliteta života starijih osoba postaje posebno aktualna tema u kontekstu demografskog starenja stanovništva. Naime, demografski podaci ukazuju na kontinuirani porast udjela starijih osoba u populaciji, što postavlja nove izazove u očuvanju i poboljšanju njihove kvalitete života. Osobe starije životne dobi često se suočavaju s gubitkom osnovnih funkcionalnih sposobnosti kao što su pokretljivost, kognitivne funkcije i komunikacija. Osim zdravstvenih čimbenika, klasifikaciju kvalitete života kod starijih osoba značajno oblikuju financijski prihodi, obiteljska i zajednička potpora, pristup obrazovanju te socijalna uključenost. S obzirom na ove izazove, postavlja se pitanje u kojoj mjeri starije osobe zadovoljavaju svoje osnovne potrebe i kakva je njihova percepcija kvalitete života. U sklopu ovog diplomskog rada provest će se istraživanje kojem je cilj ispitati percepciju i zadovoljstvo kvalitetom života osoba starije životne dobi u Varaždinskoj županiji. Istraživanje će se provoditi među članovima Udruge umirovljenika Varaždinske županije, kako bi se dobio reprezentativan uvid u izazove s kojima se suočavaju starije osobe u lokalnoj zajednici. Rezultati će poslužiti kao osnova za unapređenje pristupa zdravstvu i socijalnoj skrbi, te će se koristiti u oblikovanju ciljeva zdravstvene politike i osiguravanja kvalitete života ove populacije. U diplomskom radu će se naglasiti i uloga visoko-educirane medicinske sestre u ovoj problematici.

ZADATAK URUČEN

19. 09 2024.

POTPIS MENTORA

Tomislav Meštrović



Predgovor

Nakon što sam sa užitkom primala znanje svim svojim osjetilima na Sveučilištu Sjever, na Diplomskom sveučilišnom studiju Sestrinstvo-menadžment u sestrinstvu, htjela bih se posebno zahvaliti mentoru, izv.prof.dr.sc. Tomislavu Meštroviću, dr.med., svim profesorima, obitelji, prijateljima što su imali razumijevanje i strpljenje da me usmjere kada bih možda zastala na svom putu prema cilju koji sam si zacrtala.

No, sad kada je još jedna stepenica života uspješno završena, svoju radost i sreću mi je čast podijeliti sa svima.

Sažetak

Proces starenja nosi sa sobom brojne promjene u fizičkom, psihičkom i socijalnom funkcioniranju pojedinca. S dugovječnošću, ovisnost i fizička ranjivost postaju sve izraženiji u životima osoba starije životne dobi i njihovih obitelji. Kvaliteta života osoba starije životne dobi postala je veoma aktualna tema demografskim pomakom koji je rezultirao starenjem stanovništva. Osobe starije životne dobi povezuju se s gubitkom osnovnih funkcionalnih sposobnosti kao što su pokretljivost, kognicija i komunikacija. Čimbenici koji snažno utječu na klasifikaciju kvalitete života također su financijski prihodi, potpora obitelji i zajednice, pristup znanju i obrazovanju te socijalna uključenost. Cilj ovog istraživačkog rada je bio ispitati percepciju i zadovoljstvo s kvalitetom života stanovnika starije životne dobi Varaždinske županije.

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 200 sudionika, od kojih je 140 ženskog spola i 60 muškog spola. Dob ispitanika uključuje raspon od 60 do 80 i više godina. Istraživanje se provelo u svrhu podizanja svijesti zajednice i unaprjeđenje kvalitete života osoba starije životne dobi. Za provođenje istraživanja kreiran je anketni upitnik a istraživanje je provedeno na sjednicama Udruge umirovljenika Varaždinske županije.

Statistički gledano, trend starenja stanovništva je u stalnom porastu. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, procjenjuje se da će udio stanovništva starijeg od 60 godina porasti s 12% na 22% između 2015. i 2050. godine. Unaprjeđenje kvalitete života osoba starije životne dobi ključno je za osiguranje zdrave i produktivne populacije. Očuvanje funkcionalnih sposobnosti, pozitivno samopoimanje zdravlja, društvena uključenost i financijska sigurnost, moraju biti osigurani kako bi starije osobe mogle održati kvalitetu života. Provedeno istraživanje itekako može podržati međuprofesionalne zdravstvene i sestrinske timove u stvaranju učinkovitih ciljeva i planova zdravstvene skrbi za održavanje optimalne kvalitete života osoba starije životne dobi.

Ključne riječi: *proces starenja, osobe starije životne dobi, kvaliteta života, obitelj, zajednica*

Abstract

The aging process brings numerous changes in the physical, psychological, and social functioning of an individual. With longevity, dependence and physical vulnerability become more prominent in the lives of elderly individuals and their families. The quality of life of the elderly has become a highly relevant topic due to the demographic shift that has resulted in an aging population. Elderly individuals are associated with the loss of basic functional abilities such as mobility, cognition, and communication. Factors that significantly influence the classification of quality of life also include financial income, family and community support, access to knowledge and education, and social inclusion. The aim of this research was to examine the perception and satisfaction with the quality of life of elderly residents in Varaždin County.

A total of 200 participants took part in the study, of which 140 were female and 60 were male. The participants' ages ranged from 60 to 80 and above. The research was conducted with the goal of raising community awareness and improving the quality of life of the elderly. A survey questionnaire was created for the purpose of the research, and the study was conducted during the sessions of the Varaždin County Retirees' Association.

Statistically, the trend of an aging population is continuously on the rise. According to the World Health Organization, the share of the population aged over 60 is estimated to increase from 12% to 22% between 2015 and 2050. Improving the quality of life of the elderly is crucial for ensuring a healthy and productive population. The preservation of functional abilities, positive health self-perception, social inclusion, and financial security must be ensured for elderly individuals to maintain their quality of life. The research conducted can significantly support interprofessional health and nursing teams in creating effective goals and healthcare plans to maintain the optimal quality of life for elderly individuals.

Key words: *aging process, elderly individuals, quality of life, family, community*

Popis korištenih kratica

UN	Ujedinjeni narodi
DNA	deoksiribonukleinska kiselina
RNA	ribonukleinska kiselina
ROS	reaktivne kisikove vrste
DECO	decreasing oxygen consumption hormone (hormon smanjene potrošnje kisika)
EUGMS	European Geriatric Medicine Society (društvo gerijatrijske medicine Europske unije)
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
EI	emocionalna inteligencija

Sadržaj

1.	UVOD	1
2.	DEFINIRANJE POJMOVA STARENJE I STAROST.....	5
2.1.	TEORIJE STARENJA.....	8
2.1.1.	<i>Genetske teorije starenja</i>	<i>8</i>
2.1.2.	<i>Fiziološke teorije starenja.....</i>	<i>9</i>
2.1.3.	<i>Teorije promjene funkcije organa.....</i>	<i>10</i>
2.2.	GERONTOLOGIJA I GERIJATRIJA KAO PRIORITETNE ZNANSTVENE DISCIPLINE.....	11
3.	PRILAGODBA NA STARENJE.....	14
4.	MEĐUGENERACIJSKI ODNOSI I STAVOVI PREMA OSOBAMA STARIJE ŽIVOTNE DOBI 16	
4.1.	UTJECAJ PREDRASUDA I STEREOTIPA NA OSOBE STARIJE ŽIVOTNE DOBI	18
4.2.	AGEIZAM: SKRIVENA PRISTRANOST	20
5.	ODREDNICE KVALITETE ŽIVOTA U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	23
6.	KONCEPT USPIJEŠNOG STARENJA	26
6.1.	SMJERNICE ZA AKTIVNO I PRODUKTIVNO STARENJE.....	28
7.	ISTRAŽIVAČKI DIO RADA	31
7.1.	CILJ ISTRAŽIVANJA.....	31
7.2.	METODE ISTRAŽIVANJA	31
7.3.	HIPOTEZE.....	32
7.4.	REZULTATI ISTRAŽIVANJA	33
7.5.	DISKUSIJA REZULTATA ISTRAŽIVANJA	34
7.5.1.	<i>Spol</i>	<i>34</i>
7.5.2.	<i>Dob.....</i>	<i>35</i>
7.5.3.	<i>Obrazovanje.....</i>	<i>36</i>
7.5.4.	<i>Mjesečna mirovina.....</i>	<i>37</i>
7.5.5.	<i>Život u kućanstvu</i>	<i>38</i>
7.5.6.	<i>Prijevoz.....</i>	<i>39</i>
7.5.7.	<i>Kondicija.....</i>	<i>40</i>
7.5.8.	<i>Dostupne službe.....</i>	<i>41</i>
7.5.9.	<i>Rezultati analize zadovoljstva s kvalitetom života u lokalnom okruženju</i>	<i>42</i>

7.5.10.	<i>Rezultati analize utjecaja na kvalitetu života u lokalnom okruženju</i>	47
8.	RASPRAVA	51
9.	ZAKLJUČAK	54
10.	LITERATURA	56
11.	POPIS SLIKA	63
12.	POPIS TABLICA	64

1. Uvod

U brojnim zapisima i knjigama spominje se kako je prosječni životni vijek primitivnoga čovjeka bio 18 godina, u starom Rimu iznosio je oko 22 godine, u starom Egiptu oko 29 godina, za vrijeme Krista oko 30 godina, početkom nove Ere u Europi (prije otprilike 500 godina) oko 35 godina dok je u 19. stoljeću životni vijek iznosio oko 37 godina. Ovi podaci govore da prosječni životni vijek ljudi nije bio veći od 40 godina. Razvojem medicinske znanosti i usavršavanjem prakse se prosječni životni vijek, od početka do kraja dvadesetog stoljeća produljio za dva i pol desetljeća, odnosno od 50 na 75 godina. Važan pokazatelj zdravlja populacije je očekivano trajanje života. Podaci Državnog zavoda za statistiku govore da je u Hrvatskoj očekivano trajanje života pri rođenju 2010. godine bilo ukupno za oba spola 76,6 godina, od čega za žene 79,6 a za muškarce 73,5 godine te je prikazan trend stalnog produljenja očekivanog trajanja života naše populacije [1]. Prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda (UN), kao početak starije dobi uzima se dobna granica od 65 godina [2]. Od prvog popisa stanovništva iz 1953. godine do zadnjeg iz 2021. godine udio osoba starije životne dobi narastao je sa 7% na 22,45% [3]. Pretpostavlja se da će do kraja 2050. godine u Hrvatskoj više od 30% stanovništva biti kronološke dobi od 65 godina i više. 1999. godine je u svijetu bilo oko 600 milijuna stanovnika starijih od 60 godina a očekivanja su da će do 2050. godine taj broj doseći oko dvije milijarde [1].

Od samog postojanja, čovjek želi živjeti što dulje i kvalitetnije. S porastom životne dobi se u organizmu javljaju brojne biološke promjene organa i organskih sustava što dovodi do slabljenja i oštećenja njihovih funkcija, stoga su osobe starije životne dobi posebna i vulnerabilna dobna skupina [1]. S obzirom na sve veći broj osoba starije životne dobi, osiguranje kvalitete života namijenjeno ovoj dobnoj skupini, postaje sve važnije [4]. Zadatak je društva da konstantno preispituje metode za adekvatno rješavanje problema koji se dotiču osoba starije životne dobi a to uključuje promicanje zdravlja, preventivne mjere kroničnih nezaraznih bolesti što naposljetku dovodi do osiguranja kvalitete života. Neophodne su značajne promjene u zdravstvenom i socijalnom sustavu kako bi se omogućilo poboljšanje kvalitete života osoba ove dobne skupine te osigurale pozitivne promjene za njihovu opću dobrobit i

skrb. Starija životna dob povezana je sa fiziološkim ograničenjima i manjkom kontrole osnovnih funkcionalnih sposobnosti kao što su pokretljivost, kognicija, komunikacija i raspoloženje. Čimbenici poput financijskih prihoda, obiteljske i psihološke potpore, socijalne uključenosti te pristupi raznim aktivnostima i edukacijama značajno utječu na klasifikaciju kvalitete života [5]. Veoma važni indikatori kvalitete života su također pozitivno samopoimanje zdravlja, održavanje neovisnosti i autonomije, kvalitetna obiteljska funkcionalnost, stambena sigurnost te očuvanje socijalne uloge i produktivne aktivnosti. Koncept kvalitete života osoba starije životne dobi mora se sagledati kao dinamična mreža spomenutih čimbenika čijom se integracijom može značajno pospješiti očuvanje samostalnosti i očuvanje socijalne uloge starijih osoba [6].

Istraživanja pokazuju da u svijetu oko 88% stanovništva u dobi od 65 godina i više ima jedno ili veći broj kroničnih zdravstvenih stanja [7]. Za osobu starije životne dobi, starost često predstavlja socijalnu marginalizaciju, javlja se osamljenost, smanjena su sredstva za život dok za društvo starost predstavlja teret uzdržavanja starih i neproduktivnih osoba te financijsko opterećenje. Standardi za zadovoljenje potreba osoba starije životne dobi su većinom veći od gospodarskih mogućnosti društva. Suvremeno društvo pretežno je urbano društvo i time je problem starosti još izraženiji. Osobe starije životne dobi u ruralnom području uglavnom ostaju aktivne dok se osobama u urbanom području radne aktivnosti smanjuju ili gotovo prestaju umirovljenjem čime završava njihova produktivnost i ekonomska neovisnost. Time dolaze u zavisni položaj od društva ali i svoje obitelji što nije temelj za zdravu i sretnu starost. Izazov zajednice je da se ovom problemu odupre. Novije generacije osoba starije životne dobi su dugovječnije i obrazovanije a samim time i kompleksnije po pitanju kvalitete življenja te se susreću s novim tjelesnim i psihološkim izazovima. Rast prihoda u društvu nije mjerilo porasta standarda i kvalitete života osoba starije životne dobi. Značajnija je spoznaja da starija osoba ima potrebe koje ne može uvijek zadovoljiti sama, već joj je potrebna sigurnost, pomoć i podrška obitelji i društva. Osobama starije životne dobi je osjećaj dostojanstva važniji nego u bilo kojem drugom razdoblju života a ostvarivanje i zadovoljavanje zahtjeva moguće je isključivo njihovim većim angažiranjem u zajednici [8]. Starenje je za neke starije osobe faza zadovoljstva i daljnjeg napretka dok za druge ovo razdoblje života predstavlja

negativnu fazu života [9]. Svaka društvena uloga je pod utjecajem uvriježenih stereotipa. Stereotipne predodžbe o starenju i starosti karakteriziraju uglavnom negativne karakteristike. Mnogo rjeđi su pozitivni stereotipi pa se na osobe starije životne dobi gleda kao na mudre, vješte i iskusne osobe. Stereotipi su nepouzđani i ne odgovaraju istini koju dokazuju brojna objektivna psihološka istraživanja. Kako se mijenjaju društvene uloge, tako se mijenjaju i osobe starije životne dobi. U antičko doba se poštivalo starije osobe zbog njihovog dragocjenog znanja i smatralo ih se visoko pozicioniranim savjetnicima dok u novijim, dinamičnim društvima njihovo znanje i iskustvo brzo zastarijeva i time se manje cijene osobe starije životne dobi [10].

Pojam kvalitete života je teško definirati jer se radi o subjektivnom i osobnom iskustvu [11]. Najčešće je povezan s dobrim zdravljem i funkcionalnom sposobnošću, doživljajem osobne svrhovitosti i korisnosti u društvu, međugeneracijskim odnosima u obitelji, dostupnošću prijatelja i socijalne potpore te socioekonomskim statusom. Kvaliteta života se vrlo često razlikuje između različitih skupina starijih osoba te postoje mnoge razlike u percepciji [4]. Ovaj pojam se često koristi ali rijetko definira u istraživanjima sestrinstva. Višestruka razmatranja i mjerenja ograničavaju evaluaciju istraživanja. Postoji tendencija za daljnjim analiziranjem pojma kvalitete života, unaprjeđenjem teorije sestrinstva i poboljšanjem komunikacije [12]. Brojčana stvarnost koju osobe starije životne dobi predstavljaju u društvu, iziskuje bolje razumijevanje načina i strategija koje bi pomogle u poboljšanju kvalitete njihova života [13].

Zadovoljstvo kvalitetom života predstavlja jedan od najznačajnijih elemenata subjektivne dobrobiti i temeljna je komponenta kognitivne evaluacije koja se može koristiti za njegovu procjenu. Zasniva se na ukupnoj procjeni osobe prema odabranim kriterijima, uključujući jesu li socijalne potrebe ispunjene. Zadovoljstvo kvalitetom života postaje potencijalni faktor psihološke prilagodbe te uspješnog starenja te se smatra indikatorom pozitivnog mentalnog zdravlja. Time može pomoći osobama starije životne dobi da se lakše nose sa problemima i preprekama koje su svojstvene ovom životnom razdoblju. Potrebno je istražiti višestruke aspekte zadovoljstva kvalitetom života kod starijih osoba [14].

Višedimenzionalni pristup koji podrazumijeva razne stručnjake najprikladniji je u suočavanju s fenomenom starenja. Starenje stanovništva predstavlja pozitivan

rezultat razvoja, no unatoč tome, nedostatak stručnosti za suočavanje s tom situacijom može prouzročiti negativne posljedice. Istraživanja pokazuju da, usprkos povećanju potreba za mentalnim i fizičkim zdravljem osoba starije životne dobi, prevladava znatan manjak gerijatrijskih medicinskih sestara. Postoji velika potreba za daljnjim educiranjem i suočavanjem s izazovima povezanim s pružanjem skrbi starijim osobama. Odnos društva prema starenju se promijenio te se ističe potreba za magistrima sestrinstva s osebnim vještinama, stručnim znanjem i sposobnostima da igraju značajne uloge u brizi za osobe starije životne dobi. Naglasak je na pružanju podrške osobama starije životne dobi u poboljšanju njihove učinkovitosti, njihovo osnaživanje i pomoć u razvoju vještina samozbrinjavanja. Plan i program osposobljavanja u ovom području potrebno je više zasnivati na klinici i kompetencijama te primjenjivati načela komunikacije za poboljšanje kvalitete života osoba starije životne dobi [15]. Kompetencije magistre/magistra sestrinstva imaju neposredan odnos sa sigurnošću, zadovoljstvom i kvalitetom života što općenito dovodi do većeg zadovoljstva osoba starije životne dobi i njihovih obitelji. Magistre/magistri sestrinstva trebaju posjedovati veliki profesionalan interes, odgovarajuće crte ličnosti te sposobnost za rad sa starijim osobama. Medicinske sestre menadžeri moraju imati sposobnost usmjeravanja, kontroliranja, koordinacije i olakšavanja organizacijskih poslova te promicanja jasnih specifikacija poslova [16]. Trend demografskog starenja stanovništva određuje sve veću težnju za gerijatrijskim i gerontološkim mjerama zaštite osoba starije životne dobi. Planiranje zdravstvene i socijalne skrbi je kompleksno strukturiran sadržaj koji je veoma važan. Zbog neprestanog unaprjeđivanja potreba starijih osoba, neophodno je planirati i provoditi kontinuirane edukacije osoba koje skrbe za osobe starije životne dobi iz područja gerijatrije i gerontologije [1].

2. Definiranje pojmova starenje i starost

Promjena demografske strukture stanovništva i sve veći broj osoba starije životne dobi unutar cjelokupne populacije pridonijeli su sve učestalijem promišljanju o fenomenu starenja i starosti općenito. Tema starenja i starosti je dugo vremena bila marginalizirana ali u novije vrijeme sve više dolazi u središte interesa u brojnim znanstvenim i stručnim područjima. Razmatranju fenomena starenja i starosti pristupa se s demografskih, socioekonomskih, sociokulturnih i drugih aspekata [17]. Starenje i starost se bitno razlikuju kao dva entiteta koja su kontinuirano objekt gerontoloških istraživanja [1].

Starenje je fiziološki i ireverzibilan proces koji započinje začecem, napreduje različitom brzinom kod pojedinaca i traje do smrti. Starenjem se ne gubi aktivnost, već ona samo mijenja svoj oblik. Funkcionalno sposobna osoba starije životne dobi je itekako poželjan član zajednice i kao takva predstavlja koristan potencijal za prenošenje bogatog znanja, umijeća i vještina mlađim generacijama [16]. Neophodno je razlikovati primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje se poistovjećuje s fiziološkim starenjem i podrazumijeva normalne fiziološke procese koji su posljedica protoka vremena. Sekundarno starenje podrazumijeva patološke promjene koje su rezultat vanjskih čimbenika, odnosno bolesti, ponašanja i utjecaja okoliša na pojedinca [18].

Čuveni Ciceronov esej "O starosti" je napisan u starom Rimu i jedan je od prvih opširnijih opisa izazova koji donosi proces starenja [19]. U prvim ljudskim zapisima postoje podaci kako je pojam starenja i starosti bio česta tema razmišljanja i proučavanja a najstarija objašnjenja starenja evidentirana su u mitovima koji potječu iz pradavnih vremena. Prvi slučaj da se znanstvenom tehnikom obrazloži proces starenja pojavio se u 17. stoljeću. Francis Bacon bio je jedan od prvih istraživača koji je tvrdio da se uz pomoć sustavnog opažanja mogu otkriti uzroci starenja. Jedno od prvih važnih objavljenih djela o starenju potječe iz 1922. godine a napisao ga je psiholog G. Stanley Hall. Naslov knjige je „Senescencija: druga polovina života“ a obuhvaćala je prikaz dotadašnjih spoznaja o starenju iz područja biologije, sociologije, psihologije, medicine, filozofije i povijesti. Uzlet u napretku istraživanja starenja nastupio je sredinom 1940-tih godina paralelno s razvitkom instituta za gerontološka

istraživanja u Europi i Sjedinjenim Američkim državama te Odsjeka za zrelost i starenje Američkog psihološkog udruženja [20].

Proces starenja se odvija u biološkoj, psihološkoj i socijalnoj sferi. Biološko starenje opisuju progresivne promjene metabolizma i fizikalno-kemijskih svojstva stanica koje dovode do poremećaja regeneracije te funkcionalnih promjena tkiva i organa što je vidljivo na slici 2.1. Biološke promjene koje se događaju uslijed procesa starenja utječu na tjelesno stanje, raspoloženje, društvenu aktivnost i odnos prema okolini. Psihološko starenje se fokusira na svijest i prilagodljivost procesu starenja. Sa starijom životnom dobi javljaju se izraženije poteškoće s prilagodbom na novonastalu situaciju. Dolazi do promjena u kognitivnoj i intelektualnoj domeni, mijenja se proces mišljenja, proces percepcije se involuira a opažanje osjeta i primljenih informacija se smanjuje. Društveno starenje je kulturološki uvjetovano i fokusira se na to kako pojedinac doživljava proces starenja [21].



Slika 2.1. Znakovi starenja vidljivi na koži lica

Izvor: www.carbonworldhealth.com (10.08.2024.)

Istraživanje procesa starenja je multidisciplinarni pothvat i obuhvaća stručnjake iz različitih područja koji iz svojih specifičnih perspektiva istražuju taj fenomen. Ni jedan od različitih disciplinarnih pristupa ne može dati cjelovit prikaz individualnog ljudskog starenja. Razumijevanje procesa starenja zahtijeva pomno poznavanje bioloških procesa koji rezultiraju objektivnim promjenama. Veoma je važna subjektivna percepcija te interpretacija tih promjena koje predstavljaju individualno iskustvo starenja. Starenje je heterogeni fenomen i postoji razlika u dugovječnosti. Simptomi starenja koji se odnose na fizički izgled, kondiciju i kognitivno

funkcioniranje se razlikuju među osobama iste dobi i prikazuje raznolikost i složenost procesa. Starenje proizlazi iz promjena na razini molekula, stanica i organa koje obuhvaćaju oštećenje molekula poput proteina ili DNA, epigenetske promjene te promjene u metabolizmu. U krajnjem slučaju dovode do jasnih znakova promjena u funkcioniranju i izgledu organizma. Na izvore starenja utječe stil života tako da određena ponašanja ubrzavaju ili usporavaju starenje stvarajući uvjete koji su štetni ili pak korisni za funkcioniranje stanica i organa. Kontinuirana istraživanja tjelesne aktivnosti, prehrambenih navika, socijalnog angažmana i okolišnih čimbenika bilježe snažni učinak na funkcioniranje i dugovječnost osoba starije životne dobi [22].

Starost označava određeno razdoblje u životu pojedinca koje je povezano s kronološkom dobi [16]. Prema UN-ovoj klasifikaciji, starije osobe su osobe koje se nalaze u dobnoj skupini od 65 i više godina. U gerontološko javnozdravstvenim studijama obično se upotrebljava trodijelna podjela prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) na raniju starost (65 do 74 godina), srednju starost (75 do 84 godina) i duboku starost od 85 godina na više. Osobe starije životne dobi pripadaju vrlo specifičnoj i vulnerabilnoj dobnoj skupini [1]. Važno je naglasiti da starost i bolest nisu sinonimi, odnosno da osoba starije životne dobi nije nužno bolestan čovjek premda se odvijaju određene promjene u funkcioniranju organizma [23]. Učestalost pojave bolesti se povećava u starijoj dobi ali fizičko i mentalno opadanje ne znači nužno popratnu pojavu normalnog starenja. Mnoge osobe starije životne dobi su posve spremne nadomjestiti manje poteškoće koje prate proces normalnog starenja [24]. Unatoč tome, još uvijek su prisutne razne predodžbe i nelogična stajališta koje starost povezuju s funkcionalnom onesposobljenošću i bolešću. Podaci hrvatskih gerontoloških istraživanja ukazuju da je najviše jedna od pet osoba starije životne dobi funkcionalno onesposobljena te da treba pomoć. Postoje različite potrebe osoba starije životne dobi s obzirom na vrstu oštećenja (psihičko, fizičko), osobnost, stupanj obrazovanja, životne afinitete, socioekonomski položaj, razinu društvenog funkcioniranja i druge faktore [1].

Američki psiholog i psihoanalitičar Erik Erikson je definirao starost kao stadij života u kojem osoba mora nastojati dovesti u balans potragu za ego integritetom s osjećajem očaja a iz tog prijepora se može izroditi mudrost, odnosno vrlina koja je najčešće povezana sa starijom životnom dobi. Erikson je istaknuo zadatak starosti koji

podrazumijeva osvrst na vlastiti život, pružajući mu smisao i uklapajući elemente života u jednu cjelinu a očaj doživljava kao neophodan dio ovog procesa [20]. Robert Havighurst, američki kemičar i fizičar te jedan od pionira socijalne gerontologije je predstavio glavne strateške zadatke s kojima se pojedinac mora suočiti u starijoj životnoj dobi. Glavni zadatak odnosi se na oslobađanje od obaveza odnosno reduciranje aktivnog sudjelovanja u društvu a taj dio se nadomješta usvajanjem novih zadaća [21].

2.1. Teorije starenja

Očekivano trajanje života teži približavanju maksimalnoj dugovječnosti ljudske rase. Teorije starenja tumače ovaj proces na staničnoj i molekularnoj razini obuhvaćajući različite genetske i negenetske hipoteze. Ne postoji specifičan biološki proces koji objašnjava nastanak i posljedice starenja [24]. Velik je broj teorija o starenju i mnogi znanstvenici su predložili različite načine njihove podjele i kategorizacije [25]. Teorije starenja se često isprepliću i puno toga im je zajedničko ali ni jedna ne daje zadovoljavajuće objašnjenje [26]. U statističkom smislu to je veliki izazov jer brojni čimbenici utječu na proces starenja. Iako je većina čimbenika dobro poznata, još uvijek je otežan pristup ovoj problematici [27]. Teorije starenja se mogu podijeliti u tri skupine a to su genetske teorije starenja, fiziološke teorije starenja i teorije promjene funkcije organa [26].

2.1.1. Genetske teorije starenja

Genetske teorije starenja kod ljudi obuhvaćaju teoriju programiranog starenja, teoriju oštećenja ili pogreške i teoriju somatske mutacije. Teorija programiranog starenja implicira da starenje slijedi biološki redoslijed kao nastavak onog koji regulira rast i razvoj u djetinjstvu. Regulacija ovisi o promjenama u ekspresiji gena koji se odražavaju na sustave zadužene za obrambene reakcije i održavanje organizma [28]. Programirane teorije tumače proces starenja kao primarni poremećaj izazvan unutarnjim mehanizmima koordinacije i kontrole [28]. Unutarnji biološki sat regulira rast, razvoj, zrelost i starenje sekvencijskim uključivanjem i isključivanjem gena [29]. Prema ovoj teoriji, starenje je programirano kao i svako drugo razdoblje čovjekova života te postoje karakteristični geni koji mogu dovesti do iznenadnih modifikacija u

stanicama što dovodi do starenja. Odumiranje stanica organizma i smrt kao krajnji završetak tjelesnog je prema ovoj teoriji konačni događaj diferencijacije stanica [26].

Teorija pogreške ili stohastička teorija smješta u prvi plan DNK i RNK kao genetski informacijski sustav stanica. Informacija koja se stvara u tim molekulama prenosi se u enzime i sintezu proteina te je sklona pogrešci. Prema ovoj teoriji, pogreške u transkripciji DNK mogu biti izazvane utjecajem npr. ionizirajućeg zračenja na stanicu. Taj proces može biti nadziran mehanizmima obnavljanja organizma a s povećanjem dobi stanice se snižava mogućnost regeneracije. Time se može razviti neispravna molekula koja nema mogućnost promjene tvari stanice. Ukoliko se dogodi pogreška u genskoj sintezi, preostali geni mogu preuzeti rad onoga koji je izmijenjen greškom. Procesom starenja stanice dolazi do manjka gena i sve je veća mogućnost manifestiranja pogreške [26].

Teorija somatske mutacije opisuje se kao gubitak integriteta genoma koji prati proces starenja. Spoznaja da genomske promjene mogu aktivirati druge molekularne modifikacije koje sudjeluju u fenotipovima starenja zanimala je generacije istraživača. Već u 50-tim godinama je konstatirano da proces starenja može biti potaknut mehanizmom somatskih mutacija i da je nakupljanje somatskih mutacija u genomu uzrok starenja. Nedugo je opisan neočekivani stanični odgovor na oštećenje DNK te se otkrilo da izaziva druge stanične nedostatke koji pogoduju starenju, epigenetskim promjenama i disfunkciji mitohondrija [30].

2.1.2. Fiziološke teorije starenja

Postoje tri fiziološke teorije a to su teorija slobodnih radikala, teorija unakrižne povezanosti i teorija nakupljanja otpadnih tvari [26]. Teorija slobodnih radikala je jedna od najistaknutijih i dobro proučenih teorija starenja [31]. 1956. godine je dr. Harman opisao da nakupljanje slobodnih radikala s godinama dovodi do oštećenja biomolekula i razvoja patoloških poremećaja koji rezultiraju starenjem stanica i organizma. Hipotezu su podržale mnoge eksperimentalne studije koje su otkrile značajan rast razine slobodnih radikala u stanicama [32]. Reaktivne kisikove vrste (ROS) su česti uzrok oštećenja stanica. Oksidativno oštećenje je svojstvo mnogih bolesti, uključujući bolesti koje su usko povezane sa procesom starenja kao što su dijabetes, osteoporoza, kardiovaskularne i neurodegenerativne bolesti [33].

Teorija unakrižne povezanosti je zasnovana na promjenama molekula, uključujući one koje prenose informacije, odnosno DNA i RNA. Oblikuju se agregati molekula a produkt je pad funkcije molekule. Oštećuje se DNK i dolazi do mutacije i odumiranja stanice. Ako se radi o kolagenu, on tim procesom gubi elastičnost i topivost a njegova molekula starenjem postaje sve izloženija unakrižnoj povezanosti. Unakrižnoj povezanosti su također podložni slobodni radikali, aldehidi, protutijela i druge tvari. Ova teorija ima brojne pobornike no u korist joj ne ide tvrdnja da brojne vitalne molekule mogu biti križno povezane a stanice koje se obnavljaju svakako mogu starjeti. Javljaju se mnogi aspekti unakrižne povezanosti što daje karakteristiku kakvoće ali još uvijek nije utvrđeno da je prvenstveno potreban taj proces da bi nastalo starenje.

Teorija nakupljanja otpadnih tvari bazira se na pigmentu starenja koji se naziva lipofuscin. Lipofuscin je razmjernan s dobi, sa starenjem se nakuplja u tkivima i organima i ometa njihovu funkciju. U stanicama se taloži u granulama a također se nakuplja i u neuronima ali tada ne remeti njihovu funkciju. Neki faktori ukazuju da se razina lipofuscina povećava paralelno s manjkom vitamina E u prehrani ali ne i obrnuto. Kod ove teorije manjkaju čvrsti argumenti da bi bila potkrijepljena [26].

2.1.3. Teorije promjene funkcije organa

U teorijama promjene funkcije organa se proces starenja veže uz odumiranje organskih sustava koji su važni za održavanje drugih sustava unutar organizma i sposobnost organizma da se adaptira okolini u kojoj živi. Živčani, endokrini i imunostni sustavi imaju važnu funkciju u sinergiji drugih sustava u svojoj interaktivnoj i obrambenoj reakciji na unutarnje i vanjske podražaje. Teorije promjene funkcije organa podrazumijevaju imunološke i neuroendokrinološke elemente.

Neuroendokrinološka teorija starenja opisuje da je starenje popratna pojava raznih promjena u neuralnim i endokrinim strukturama koje su važne za interakciju svih tjelesnih sustava s vanjskim čimbenicima te odvijanje optimalnog funkcionalnog stanja za reprodukciju i preživljavanje. Takve promjene su česte i utječu na hormone povezane sa reprodukcijom, rastom i razvojem te na procese koji reguliraju prilagodbu na stres. Dugotrajna izloženost stresu tijekom čovjekova života opterećuje i iscrpljuje sposobnost prilagođavanja te dovodi do bolesti prilagodbe i smrti. U ovoj teoriji

istaknuta je međusobna povezanost dugovječnosti i stresa. Hipotalamus regulira važne živčane i endokrine funkcije. Hipofiza kao primarna endokrina žlijezda luči nekoliko hormona koji reguliraju brojne bitne funkcije u tijelu. Regulacija hipofize se odvija otpuštanjem hormona (hormon rasta, oksitocin, vazopresin) odnosno stimulacijom perifernih endokrinih žlijezda uključujući nadbubrežne i spolne žlijezde te štitne žlijezde (34). Sa starenjem dolazi do smanjenja razine estrogena u žena, smanjenja broja endokrinih stanica a neuroni se gube u kori mozga, hipokampusu i putamenu. Neuroendokrinološka teorija obuhvaća eventualno novi hormon hipofize, odnosno hormon smanjene potrošnje kisika (DECO-decreasing oxygen consumption hormone). DECO bi periferne stanice činio slabije osjetljivim na utjecaj hormona rasta i štitnjače. Ta dva hormona posjeduju funkciju sinteze proteina i stanične diobe tako da bi inhibitorni hormon prekidao te procese. Rad štitnjače usmjeren je na kardiovaskularni i imunološki sustav. Snižavanje perifernog djelovanja hormona štitne žlijezde uslijed izlučivanja supresijskog hormona hipofize uzrokovalo bi smanjenje aktivnosti spomenutih sustava [26].

Imunološka teorija starenja razmatra da su promjene u imunološkom odgovoru primarni uzrok starenja, odnosno da imunološki odgovor pada sa starenjem i pridonosi većoj učestalosti kroničnih bolesti s upalnim karakteristikama. Poželjno bi bilo provesti više longitudinalnih studija kako bi se potvrdila imunološka teorija starenja. Pad imunološkog sustava se s godinama odražava u povećanoj sklonosti zaraznim i autoimunim bolestima te povećanoj prevalenciji karcinoma. Starenje negativno utječe na urođeni i adaptivni imunološki odgovor [35]. Analiziranje imunoscencije je veoma složeno ali je nedovoljno shvaćeno. Starenjem dolazi do smanjenja fagocitoze i smanjene proizvodnje specifičnih protutijela. Promjene u imunološkom sustavu tokom starenja potencijalno povećavaju morbiditet i mortalitet kod osoba starije životne dobi zbog povećane incidencije infekcija, autoimunosti i malignosti [36].

2.2. Gerontologija i gerijatrija kao prioritetne znanstvene discipline

Izraz gerontologija je prvi puta upotrijebio ruski biolog Metchnikoff davne 1903. godine te ga definirao kao znanstveno proučavanje starosti. Od tog vremena brojni znanstvenici raspravljaju o smislenosti gerontologije kao discipline. Istraživači su predlagali da je gerontologija multidisciplinarno područje kojeg karakteriziraju druge

podspecijalnosti poput biologije starenja. Rast gerontologije kao discipline bio je limitiran zbog nedostatka kritičnih elemenata kao što su adekvatne istraživačke metodologije [37]. Gerontologija se osim proučavanjem starenja i starosti, bavi fizičkim, socijalnim i kulturološkim faktorima povezanim sa procesom starenja [38]. Gerijatrija je novija znanost koja postaje sve raširenija a kao pojam se uvodi u medicinu 1909. godine zaslugom dr. Ignatza Naschera [39]. Opisuje se kao medicinska specijalizacija koja obuhvaća dijagnostiku, liječenje, rehabilitaciju te prevenciju pojave bolesti u osoba starije životne dobi [1].

Starenje stanovništva je globalni trend koji upućuje na činjenicu da se zdravstvene službe bave sve većim brojem starijih pacijenata pa tako i onima gerijatrijskog profila. Gerijatrijska medicina se sve više razvija kako bi odgovorila na ovaj izazov i potrebe populacije koja stari te potvrdila svoju efikasnost. Potrebno je osposobiti razne stručnjake iz područja gerijatrije kako bi posjedovali znanje i kompetencije neophodne za profesionalno i kvalitetno pružanje skrbi osobama starije životne dobi. Društvo gerijatrijske medicine Europske unije (EUGMS) djeluje od 2001. godine a glavna ideja je razvoj gerijatrijske medicine u Europi kao samostalne discipline. Misija EUGMS-a je podržavanje razvoja zdravstvenih usluga primjerenih populaciji koja stari te promicanje edukacija i stručnog usavršavanja. Postoji stalna potreba za primjenom gerijatrijskih načela i razvojem procesa dugotrajne skrbi uključujući socijalne, medicinske i druge zdravstvene stručnjake kvalificirane za gerijatriju [40].

Želja svake starije osobe je da ostane neovisna i da živi u svojem domu i zajednici do duboke starosti. Učestalost kroničnih stanja i invaliditet rastu sa starenjem pa tako osobe starije životne dobi mogu imati ograničenja u kognitivnim, fizičkim, psihičkim i socijalnim domenama života. Navedena ograničenja čine izazov starijim osobama za društveno angažiranje i neovisan život i uzrokuju kompleksne zdravstvene i socijalne potrebe. Pogodan angažman za rješavanje takvih potreba skrbi je integrirana zdravstvena i socijalna skrb koja nastoji proaktivno koncipirati i koordinirati skrb za starije u njihovom okruženju. Program integracijske skrbi uključuje multidisciplinarne konzultacije i individualizirane planove skrbi kako bi se pratila njihova provedba. Važna komponenta unutar programa je sveobuhvatna gerijatrijska procjena koja se opisuje kao interdisciplinarni proces za otkrivanje problema, sposobnosti i potreba

osoba starije životne dobi. Ishod gerijatrijske procjene se može upotrijebiti za daljnje razvijanje plana i razumijevanje standarda integrirane skrbi. Potrebno je razumjeti i priznati nezadovoljene potrebe osoba starije životne dobi jer se očekuje da će to povećati njihovu integriranost i kontrolu u procesu skrbi [41].

Gerontologija i gerijatrija su interdisciplinarni i interprofesionalni pojmovi. Starenje populacije je konstantna tema koja se nalazi u samoj srži svih segmenata ovog područja te je potreba za razvojem ovih disciplina u prvom planu. Neophodno je stalno napredovanje sadašnjih i budućih stručnjaka u ovom području [42].

3. Prilagodba na starenje

U tradicionalnim gerontološkim terminima pojam prilagodba ne znači samo sposobnost pojedinca promjenama i zahtjevima okoline već podrazumijeva i to da se pojedinac proaktivno postavlja te oblikuje okolinu prema svojim potrebama i ciljevima [43]. Starenje podrazumijeva puno više od tjelesnog procesa a doživljaj starosti ovisi o osobnim i socijalnim zbivanjima. Vrlo bitni faktori s kojima se suočava osoba starije životne dobi su gubitak i stres. Ti faktori uključuju fizičku onesposobljenost koja nastaje uslijed narušenog zdravstvenog stanja, kognitivno osiromašenje i senzorni deficit. Starenje sa sobom nosi socijalne gubitke poput smrti supružnika, odvojenosti od obitelji i gubitka radnog značaja. Smanjeni su prihodi i time prisutni neadekvatni financijski uvjeti a zdravstveni troškovi su povećani. Sa starenjem dolazi do promjene prirode društvenih uloga i odnosa. Obitelj je prvobitan izvor socijalne podrške i od velike je važnosti sustav neformalne potpore okruženja u kojem pojedinac živi [44]. Prilagodba na nove i teže životne uvjete je otežana zbog narušenih fizičkih i psihičkih sposobnosti što dovodi do nedostatka osjećaja kontrole i sekundarno do nedostatka samopoštovanja.

Umirovljenje podrazumijeva jedno od osnovnih tranzicijskih razdoblja u procesu starenja, utječe na obrasce svakodnevnih aktivnosti i zahtijeva podjednaku prilagodbu umirovljenika i članova obitelji. Umirovljenje je dinamičan proces koji ima pozitivno i negativno tumačenje s obzirom na oscilacije koje uzrokuje. Negativni aspekti umirovljenja su smanjenje prihoda u odnosu na period zaposlenosti, smanjenje samopoštovanja zbog gubitka radne uloge i smanjenje društvenih kontakata a česte su i promjene u obiteljskim odnosima. Pozitivni aspekti umirovljenja podrazumijevaju više slobodnog vremena, slobodu od ustaljenih poslovnih zadataka i mogućnost ostvarenja životnih ciljeva koji do tog perioda nisu bili mogući zbog radnih obaveza. Sve više osoba starije životne dobi smatra umirovljenje kao priliku za nove izazove, inicijative te kao mogućnost pronalaska novog smisla u životu. Radna uloga iznimno je važna i mnogi pojedinci se ne snalaze prilikom tranzicije iz jednog životnog razdoblja u drugo. Osobe koje su nedavno umirovljene češće percipiraju ovaj period teškim, za razliku od osoba koje su dulje vrijeme u mirovini. Time se pojašnjava da se početni stres koji je izazvan umirovljenjem, s vremenom potisne paralelno sa novim životnim ulogama [45].

Jedan od vodećih problema prisutnih kod osoba starije životne dobi odnosi se na socijalnu isključenost. Fenomen socijalne isključenosti osoba starije životne dobi odnosi se na razne segmente njihovog života kao što su dimenzija socijalnih odnosa, pristup službama u lokalnoj zajednici, participacija u kulturnim aktivnostima i raspodjela financijskih i drugih materijalnih dobara [46]. Socijalni odnosi pružaju stabilne socijalne uloge čime se podržava pozitivno funkcioniranje starije osobe u razdoblju promjena. Subjektivan doživljaj kvalitete socijalnih odnosa osobe je veoma važan čimbenik socijalne podrške. Percepcija primljene podrške je značajna zbog osjećaja starije osobe da se u stresnim situacijama može osloniti na savjete i razumijevanje drugih ljudi. Promjene koje se događaju u procesu starenja iziskuju od starijih osoba kontinuirano prilagođavanje slike o sebi.

Starije osobe kognitivno analiziraju vlastito iskustvo o slabljenju fizičkih procesa na način da izbjegnu depresiju i sačuvaju pozitivnu predodžbu o sebi. Kognitivni zaštitni mehanizmi koji osobama starije životne dobi olakšavaju lakše suočavanje s vlastitim starenjem su proces asimilacije, proces akomodacije i proces imunizacije. Proces asimilacije podrazumijeva aktivnu prilagodbu ili promjenu životne situacije kako bi bolje odgovarala osobnim ciljevima i težnjama. Proces akomodacije obuhvaća prilagođavanje ciljeva i razina težnji određenim situacijama tako da doživljeni disbalans izgubi negativno značenje. Analiziranje podataka eufemističnom interpretacijom prijetećih informacija o sebi kako bi se pojedinac obranio od evidentnog nesklada, osnovni je oblik suočavanja sa starenjem i naziva se proces imunizacije. Osobe starije životne dobi dobro percipiraju vlastita fizička ograničenja i gubitke kao i reducirane sposobnosti da spriječe takve promjene. Uravnoteženost između procesa asimilacije, akomodacije i imunizacije osigurava starijim osobama da sačuvaju vlastiti identitet [47].

Tijekom procesa starenja događaju se brojne promjene koje zahtijevaju adaptaciju na novonastalo stanje te je u ovom razdoblju veoma bitna emocionalna inteligencija (EI). Ona obuhvaća skup vještina koje se upotrebljavaju za razumijevanje i reguliranje vlastitih ali i tuđih emocija. EI kod osoba starije životne dobi omogućuje bolje suočavanje i prilagodbu te pridonosi uspješnom i zadovoljavajućem starenju [48].

4. Međugeneracijski odnosi i stavovi prema osobama starije životne dobi

Međugeneracijski odnosi predstavljaju cjeloživotnu, kontinuiranu i dinamičnu vezu između dvije različite generacije u populaciji a poglavito objedinjuju vezu roditelj-dijete kao glavnu dimenziju. Istraživanja pokazuju da emocionalna i psihološka potpora koju odrasla djeca pružaju roditeljima, ima veliki značaj za unaprjeđenje mentalnog blagostanja i kognitivnu dobrobit osoba starije životne dobi. To je jedan od aspekata pozitivnog međugeneracijskog odnosa. Razvijanje bliskosti između starije i mlađe generacije pruža osjećaj svrhe i vrijednosti kod starijih osoba te kao sredstvo sprječavanja osjećaja usamljenosti i socijalne izolacije. Time se starijim osobama pruža prilika da podijele svoja životna iskustva i vještine. Teorija međugeneracijske solidarnosti naglašava da se ponašanja, emocije i stavovi upotrebljavaju kao povezujući čimbenici između različitih generacija unutar obiteljskog okvira. Dinamika međugeneracijskih odnosa može pozitivno djelovati na specifične zdravstvene, društvene i bihevioralne mreže, podršku obitelji i zajedničke vrijednosti. Istraživači promiču važnost napretka perspektiva karakterističnih za kulturu o odnosima roditelj-dijete tijekom životnog vijeka pojedinca [49]. Međugeneracijski odnosi imaju važnu ulogu u kognitivnoj funkciji i cjelokupnom zdravstvenom stanju starijih osoba. Kvalitetna veza s obitelji, prijateljima i članovima zajednice odnosno održavanje snažne međugeneracijske komunikacije i podrške ključno je za promicanje pozitivnih ishoda mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi. Međugeneracijska povezanost daje osjećaj pripadnosti i emocionalnog ispunjenja što pozitivno utječe na smanjenje stresa i tjeskobe kod starijih osoba, poboljšava se sposobnost pažnje, pamćenja i izvršnih funkcija. Emocionalna povezanost kroz međugeneracijske odnose može stimulirati moždanu aktivnost čime se oslobađaju neurotransmiteri (dopamin, oksitocin) koji su usko povezani s poboljšanom kognitivnom funkcijom i ishodima mentalnog zdravlja [50]. Socijalna podrška ima regulatorni učinak na fizičko i psihičko zdravlje osoba starije životne dobi te ih štiti od negativnih životnih ishoda poput udovištva i depresije. Međugeneracijski odnos je višedimenzionalni pojam koji obuhvaća afektivnu (pozitivan osjećaj),

funkcionalnu (potpora i razmjena potencijala) i strukturnu solidarnost (strukturna pogodnosti za međugeneracijsku interakciju) [51].

Znanstvenici opisuju da je osobina ličnosti poput samoevaluacije, povezana s društvenom potporom i rezultatima dobiti za osobe starije životne dobi. Optimizam, kao jedna od crta ličnosti se definira kao generalizirana sklonost osobe da predviđa pozitivne rezultate čak i u situacijama kada naiđe na prepreke. Socijalno-kognitivna teorija objašnjava da osobna očekivanja, poput optimizma, ima velik značaj na ponašanje, ciljeve i funkcioniranje pojedinca u društvu [52]. U povijesti su osobe starije životne dobi bile pristupačnije mlađim naraštajima dok u današnje vrijeme međugeneracijski odnosi slabe zbog veće geografske odvojenosti i time utječu na ranjivost starijih osoba. Međugeneracijsko razdvajanje i smanjenje pozitivnih društvenih interakcija su propuštena prilika za promicanje povezanosti, zdravlja i dobiti. Putevi prema boljim međugeneracijskim odnosima se stvaraju povezivanjem lokalnih građana svih dobi u zajedničkim svakodnevnim iskustvima produktivne društvene, građanske i gospodarske aktivnosti. Poticanje pozitivnih interakcijskih okvira u kojima su stariji i mlađi članovi populacije aktivni u izražavanju zdravlja i dobiti, ima potencijal za jačanje populacije. S obzirom na populaciju koja ubrzano stari, ključno je poboljšati međugeneracijske odnose kako bi se smanjili stereotipi. Dokazana je dobit pozitivnih međugeneracijskih odnosa za poboljšanje stavova prema osobama starije životne dobi no unatoč tome, premalo je istraživanja koja bi detaljnije opisala specifičan utjecaj međugeneracijskih odnosa na stereotipe i stavove. Sagledavanje povezanosti između stereotipa i predrasuda u kontekstu međugeneracijskih odnosa je veoma važno jer su dobni stereotipi složeni i višestruki [53].

Stavovi prema starenju, unatoč svojoj apstraktnosti, utječu na to kako su stariji ljudi tretirani od strane drugih osoba. U drevnim društvima je starost bila rijetka i stariji članovi društva su bili bogat izvor znanja. U modernom društvu je starija populacija sve brojnija a znanja i iskustva starijih osoba postala su manje relevantna i samim time manje cijenjena [54]. Stavovi prema osobama starije životne dobi su oblikovani tradicijom, religijom i sociokulturnim uvjerenjima te se razlikuju među kulturama. U nekim zajednicama je prisutna tolerancija i pozitivan stav prema starijim osobama zbog njihovih životnih iskustava, mudrosti i autoriteta. Druge, skeptičnije zajednice

imaju negativan stav prema osobama starije životne dobi. Razni mediji stvaraju negativnu sliku o starenju i starosti što ima značajan utjecaj na perspektivu starijih osoba, jača osjećaj isključenosti iz društva te im oduzima osjećaj vlastite vrijednosti. Ovakvi negativni stavovi onemogućuju da se identificira potencijal, raznolikost i kompetencije starijih osoba. Ljudi su socijalna bića koja trebaju druge kako bi im pružili osjećaj pripadnosti i samopoštovanja [55].

4.1. Utjecaj predrasuda i stereotipa na osobe starije životne dobi

Općeprihvaćene pretpostavke i percepcije o osobama starije životne dobi prikazuju ozbiljne izazove za nastanak adekvatnog društvenog odgovora na starenje stanovništva. Starija životna dob se prezentira kao razdoblje slabosti i neizbježnog pada sposobnosti, s opisom starijih ljudi kao homogene kategorije koja je ovisna o skrbi te opterećuje troškove zdravstvene i socijalne skrbi. Starost je krovni pojam za predrasude, stereotipe i diskriminaciju prema osobama starije životne dobi na temelju njihove kronološke dobi odnosno percepcije o njima kao o osobama koje su „prestore“ da bi bile korisne društvu [56].

Predrasude podrazumijevaju svaki stav, emociju ili ponašanje pojedinca prema članovima skupine čime se izravno ili neizravno pokazuje negativan stav ili antipatija prema toj skupini. Osim pripisivanja negativnih karakteristika i diskriminacije vanjske grupe, osciliraju do sklonosti unutar grupe čime se postižu pozitivne emocije i favoriziranje unutar grupe [57]. Stereotipi se opisuju kao atributi koji karakteriziraju neku društvenu skupinu, odnosno specifična uvjerenja, misli i strukture znanja koje populacija ima o određenoj društvenoj skupini. Negativni stereotipi o društvenim skupinama proizlaze iz nepovoljnog vrednovanja istih i često rezultiraju negativnim stavovima. Stereotipi imaju u osnovi negativan sadržaj u kontekstu osobina ličnosti i temperamenta, zatim u društvenim aspektima, u pogledu afektivnosti, zdravlja te vitalnih i kognitivnih funkcija.

Psiholog Albert Bandura ističe da mišljenje ljudi o efikasnosti u kontroli događaja u vlastitom životu utječe na njihove ciljeve, odluke, razinu ustrajnosti i otpornosti na razne averzije. Rezultat toga je da osobe starije životne dobi imaju izraženo negativno samopoimanje starenja i nedovoljno poticaja da se nose sa životnim poteškoćama. Istraživanja pokazuju da starije osobe koje žive same imaju

negativniju samopercepciju starenja. Starije osobe s više društvenih kontakata i koje održavaju različite interese u ovom području, imaju pozitivniju samopercepciju starenja i izražavaju bolje psihofizičko stanje [58]. Stereotipi o osobama starije životne dobi uključuju fizičke značajke, sklonost određenom ponašanju te društveni status. Deskriptivni i preskriptivni stereotipi su usko povezani. Preskriptivni stereotipi fokusiraju se na mišljenje kako bi osobe starije životne dobi trebale biti i kako se trebaju ponašati. Ova vrsta stereotipa nalaže starijim osobama da ne postanu teret društvu u kojem žive. Od osoba starije životne dobi očekuje se da se oslobode u tri domene a to su nasljeđivanje (prepuštanje važnih položaja mlađim generacijama), potrošnja (ušteda raznih resursa) te identitet (ponašanje primjereno dobi). Također, očekivanja su da osobe starije životne dobi ostanu aktivne, budu mudre i da imaju dostojanstveno ponašanje. Teorija utjelovljenja stereotipa govori da svaki pojedinac od svoje rane dobi internalizira stereotipe vezane uz dob a s kojima se susreće u svom kulturnom okruženju. Od trenutka kada pojedinac uđe u starosnu dob, ti stereotipi se transformiraju u samopoimanje starenja i utječu na fizičko i mentalno zdravlje. Brojne meta analize dosljedno su prikazale da negativni pogledi na starenje predviđaju lošije zdravstvene ishode mjerene kvalitetom života, dugovječnošću, društvenim odnosima i zdravim ponašanjem [59]. Isticanjem kako stariji ljudi nalikuju jedni drugima, stereotipi su postali svakodnevnica te doveli do odvajanja od ostatka populacije. Njihov negativan učinak ispoljava se na ishode objektivnog i subjektivnog zdravlja te se pojačava negativna emocionalna reakcija na svakodnevne stresore. Percepcija osobe starije životne dobi koja je odvojena od položaja povezanog sa ugledom, prikazuje vlastitu sliku bez aktivne uloge u društvu te je naglašena tjelesna nesposobnost i neproduktivnost. Ipak, istraživanja pokazuju da postoje i pozitivni stereotipi prema osobama starije životne dobi. Pozitivni stereotipi karakteriziraju starije osobe kao pouzdane, iskrene i odane [60].

Postoji više pristupa u tumačenju nastanka predrasuda i stereotipa. Socijalno psihologijski pristup objedinjava individualni, međuljudski i međugrupni pristup. Individualni pristup se fokusira na čimbenike unutar pojedinca kao što su osobnost i osjećaji. Spomenuti pristup se usredotočuje na proces eksternalizacije gdje se pojedinac dotiče vlastitih unutrašnjih problema i napetosti premještajući ih na druge pojedince ili skupine ljudi. Ljudi ne uočavaju da je problem unutar njih samih, već

samo prepoznaju da je uzrok eksternalan. Individualni pristup karakterizira tip autoritarne ličnosti koja se priklanja autoritetu drugih, značajnijih osoba a u isto vrijeme je autoritarna prema nižima od sebe. Autoritarna ličnost je obično povezana s nižim socioekonomskim statusom, nižim stupnjem obrazovanja i oblikuje ga rigidni stil razmišljanja. Uz isticanje autoritarne ličnosti, do izražaja dolazi pojava frustracije i agresije. Međuljudski pristup stavlja naglasak na čimbenike koji se zbivaju unutar društvenih grupa a to su zajednička uvjerenja, stereotipi i konformizam. Razlike u uvjerenjima o nekim bitnim temama poprimaju jače značajke predrasuda od razlika u rasi ili etničkoj pripadnosti. Stereotipima se pojedinci klasificiraju po vidljivim obilježjima kao što su rasa i spol te se svim pripadnicima ove kategorije daju iste osobine i stereotipne značajke. Konformizam nastaje zbog usvajanja društvenih vrijednosti koje su negativno orijentirane prema starenju. Međugrupni pristup je usmjeren na odnose između različitih grupa ljudi. Povezuje međugrupno natjecanje, socijalnu kategorizaciju te popratne pojave tih odnosa. Osim socijalno psihologijskog pristupa tumačenja predrasuda i stereotipa, one također mogu biti bazirane na slabom poznavanju procesa starenja, premalom iskustvu i negativnom stavu prema osobama starije životne dobi. Kao jedno od tumačenja pojave predrasuda i stereotipa spominje se i osjećaj ugroženosti. Podrazumijeva da se mlađe generacije boje da neće moći uzvratiti potrebama osoba starije životne dobi. Pojam „samoispunjujuće proročanstvo“ otkriva da starije osobe održavaju predrasude i stereotipe tako da se počinju ponašati u skladu s opisom predrasuda te dolazi do promjene vlastite samopercepcije [61].

4.2. Ageizam: skrivena pristranost

Koncept ageizma je prvi definirao Robert N. Butler 1969. godine a pedeset godina kasnije je ovaj pojam stekao primarnu važnost u području gerontologije [62]. Ageizam podrazumijeva predrasude, stereotipe i diskriminaciju prema pojedincu na temelju njegove dobi te je sličan seksizmu i rasizmu. Diskriminacija podrazumijeva primjenu uvjerenja koja se temelje na predrasudama i stereotipima i odnosi se na to kako se ljudi ponašaju prema članovima određene skupine. Ageistički stavovi proizlaze iz izloženosti negativnim predrasudama i stereotipima o osobama starije životne dobi. Ageizam je podmukao jer je duboko ukorijenjen i društveno prihvaćeniji od drugih oblika pristranosti no često je neprepoznat [63]. Negativan ageizam

podrazumijeva perspektivu starijih osoba kao tereta u društvu što rezultira omalovažavanjem i ogorčenjem. Pozitivni ageizam stereotipizira osobe starije životne dobi kao krhke i ovisne o drugima što opet može rezultirati površnim predodžbama [64]. Ageizam može zahvatiti bilo koju dobnu skupinu no najčešće se javlja kod osoba starije životne dobi. Čvrsto je institucionaliziran zbog svoje podsvjesne prirode a ageistički prikazi dominiraju u svakodnevnom jeziku i medijima. Sve više istraživanja se provodi na ovu temu, ispituju se učinci ageizma na zdravlje odnosno fizičko i kognitivno funkcioniranje osoba starije životne dobi [56].

Ageizam je vrlo raširen i široko rasprostranjen fenomen u mnogim kulturama. Intervencije koje se provode u svrhu smanjenja ageizma i sprječavanja štetnog djelovanja iziskuju adekvatnu razinu znanja o faktorima koji pridonose njegovoj pojavi u društvu [65]. Ageizam je društveno prihvatljiv na eksplicitnoj i implicitnoj razini, izazvao je pažnju u političkim organizacijama a 2016. godine je SZO pokrenula kampanju protiv ageizma [62]. Kao primjer implicitnog ageizma u društvu spominje se ideja da osobe starije životne dobi nisu pogodne za bilo kakav doprinos društvu i nisu kvalitetan dio populacije. Tretira ih se kao krhke i ovisne a krajnji stav prema tim osobama rezultira distanciranjem. Nažalost, primjer takve ageističke ideje naše društvo često normira i tolerira [66].

Istraživanje ageizma je postalo iznimno važno posljednjih godina zbog njegovog porasta koji je povezan s pandemijom COVID-19. Tijekom pandemije COVID-19 su osobe starije životne dobi u velikoj mjeri prikazivane kao najranjivija i najosjetljivija populacija. Upravo to je dovelo do porasta međugeneracijske napetosti jer je mlađa populacija počela kriviti osobe starije životne dobi za javnozdravstvene probleme. Stoga je važno razumjeti djelovanje ageizma kako bi se krenulo sa identificiranjem načina za njegovo suzbijanje. Jedna od metoda je ispitati ljudske ocjene prihvatljivosti ageističkih postupaka [67]. Ljestvica svakodnevne diskriminacije je jedina mjera istraživanja za bolje razumijevanje svakodnevnog ageizma a od ispitanika se traži da identificiraju kojoj od svojih demografskih karakteristika pripisuju vlastita iskustva diskriminacije (dob, spol, rasa, izgled). Glavni nedostatak ove mjere je što nema jasne razlike između svakodnevne starosne diskriminacije i ostalih oblika rutinske diskriminacije koji se odnose na rasizam, seksizam i starosnu diskriminaciju [68].

Ageizam je složen i duboko ukorijenjen, stoga bi svatko od nas trebao poraditi na tome da osvijesti pretpostavku o ovom fenomenu te da zajedničkim snagama pozitivno djelujemo na njegovo suzbijanje. Obrazovne aktivnosti i međugeneracijski odnosi mogu itekako utjecati na smanjenje predrasuda o starijim osobama. U borbi protiv ageizma, prvi zadatak je njegovo prepoznavanje nakon kojeg slijedi javno progovaranje o ovom problemu kako bi se potaknula inkluzija, propagirala različitost i naposljetku, skrenula pozornost na štetne situacije koje drugi možda ne uočavaju [69].

5. Odrednice kvalitete života u osoba starije životne dobi

Pojam kvalitete života se počeo spominjati u filozofskom kontekstu a njegovo mjerenje započelo je 1980-ih s naglaskom na područje psihologije, medicine, tjelesnog odgoja i socijalne skrbi [70]. Postoji mnogo definicija kvalitete života, osobito kada se proučava kvaliteta života specifičnih društvenih grupa. Prema definiciji SZO, kvaliteta života je: „doživljaj/shvaćanje pojedinčeva položaja u životu u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem živi te u odnosu na njegove osobne ciljeve, očekivanja, standarde i interese“. Svakodnevni život pojedinca može se pojasniti procesima i vezama koji definiraju širi okvir i princip na koji ga druge osobe shvaćaju. Važnu ulogu u kvaliteti života pojedinca ima međuodnos s drugim članovima zajednice. Razlike u starenju i kvaliteti života su višestruke te se nastoje pojasniti odnosom između različitih društvenih čimbenika. Prvotno se odnose na ekonomske uvjete (financijski prihodi), stambene uvjete, spol, određen stupanj samostalnosti i aktivnosti te uključenost i učinkovitost u zajednici [71].

Kvaliteta života osoba starije životne dobi se mora sagledati kao skup čimbenika čijom kontrolom bi se utjecalo na održavanje njihove samostalnosti i održavanje društvene uloge. Stručnjaci raznih grana poput filozofije, psihologije, sociologije i ekonomije bave se pojmom kvalitete života a sve više je ovaj koncept prisutan u zdravstvenoj i kliničkoj praksi. Svaki stručnjak u svom području djelovanja upotrebljava pojam kvalitete života s drugačijim poimanjem. Psiholozi tako povezuju kvalitetu života sa subjektivnim doživljajem života, stručnjaci iz područja ekonomije uz benefite koji pružaju viši životni standard dok zdravstveni stručnjaci poistovjećuju kvalitetu života s kvalitetnijim rezultatima i ishodima liječenja.

Brojna istraživanja o dobrobiti osoba starije životne dobi koja se provode unatrag dva desetljeća su orijentirana na zadovoljstvo i psihosocijalne pokazatelje koji pridonose boljoj kvaliteti života. S obzirom da se očekivani životni vijek produžuje, težnja za mjerama koje će doprinijeti subjektivnom blagostanju postala su primarni cilj javnozdravstvenih kampanja. Karakteristike osoba starije životne dobi koje imaju dobru kvalitetu života podrazumijevaju održanu fizičku i mentalnu funkcionalnost, zadovoljen nivo samozbrinjavanja, prakticiranje tjelesnih aktivnosti te dobar nivo zadovoljstva životom. Za osobe starije životne dobi je dobra kvaliteta života povezana s dobrim odnosima unutar obitelji, boljim financijskim prihodima i većom aktivnošću

dok je loša kvaliteta života istovjetna gubitku zdravlja. Usamljenost također predstavlja značajan javnozdravstveni problem među osobama starije životne dobi. Uočavanjem ove osjetljive skupine i određenim intervencijama se može postići smanjenje troškova u zdravstvu i smanjenje korištenja zdravstvene skrbi što pozitivno utječe na kvalitetu života. Cilj formuliranja kvalitete života odnosi se na reduciranje čimbenika koji ograničavaju stariju osobu i potenciranje onoga što starija osoba može učiniti. Kvaliteta života osoba treće životne dobi je kompleksan pojam, ne može se precizno opisati i vrlo često se poistovjećuje s terminom subjektivnog blagostanja i subjektivnom kvalitetom. Opće blagostanje obuhvaća objektivne faktore i subjektivno procjenjivanje emotivnog, fizičkog, materijalnog i socijalnog blagostanja [72].

Kvaliteta života ima nekoliko odrednica koje su međusobno povezane. Socioekonomske odrednice se odnose na zaposlenje, prihode, stanovanje, obrazovanje te obuhvaćaju druge životne i okolišne situacije. Individualne ili subjektivne odrednice razmatraju samopercepciju kvalitete života i obuhvaćaju iskustvo pojedinca i njegove vrijednosti te su povezane s odrednicama blagostanja i sreće. Kvaliteta života u osoba starije životne dobi podrazumijeva dobro fizičko zdravlje i funkcionalnu sposobnost, osjećaj osobne vrijednosti i aktivno sudjelovanje u društvu, pozitivne međugeneracijske obiteljske odnose te dostupnost prijatelja i socijalne podrške. Između različitih skupina osoba starije životne dobi postoji enormna razlika u kvaliteti života. Spomenute razlike se odnose na percepciju između osoba starije životne dobi koje žive u zajednici i onih koje žive u institucionalnoj skrbi. Osobe koje žive u zajednici, cijene društvenu integraciju dok je kod osoba u institucionalnom okruženju prisutna kontrola nad njihovom strukturom dana [4]. Kvaliteta života je itekako važan koncept u poimanju životnog uspjeha pojedinca jer ima neposredan utjecaj na ostvarenje njegovih životnih ciljeva. U procjeni kvalitete života je uvijek važnija subjektivna od objektivnih procjena. Višedimenzionalni čimbenici poput zdravlja i individualnih vrijednosti su također vrlo bitni elementi kvalitete života. Subjektivno zdravstveno stanje podrazumijeva percepciju pojedinca o vlastitom zdravstvenom stanju [70].

Utjecaj bolesti na zdravlje osoba starije životne dobi je višestruk. Fizičke i psihičke promjene utječu na fizičko funkcioniranje, ovisnost o tuđoj pomoći, pojavu depresije i osjećaja bespomoćnosti. Pojedine bolesti direktno utječu na kvalitetu života

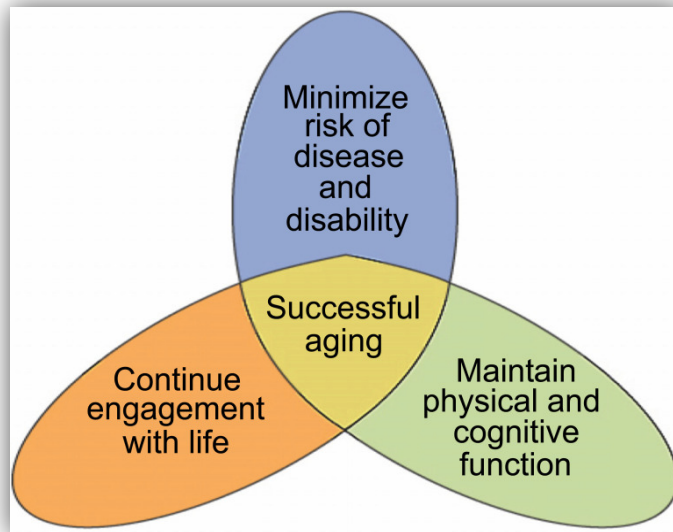
i kognitivne sposobnosti a samim time imaju financijski značaj za zdravstvene sustave. Identifikacija specifičnih obrazaca bi mogla pomoći u prepoznavanju utjecaja multimorbiditeta na različite dimenzije kvalitete života vezane uz zdravlje te time utvrditi prioritetne skupine osoba starije životne dobi za poboljšanje kvalitete života. Tijekom druge polovice 20. stoljeća dogodile su se brojne promjene u percepciji zdravlja što je utjecalo na uvažavanje pojma kvalitete u medicini. Brojni stručnjaci interpretiraju pojam kvalitete u situacijama kada daju odluke o skrbi za pacijente. Shvaćanje pojma kvalitete života itekako je važno za razumijevanje posljedica bolesti i donošenje medicinskih procjena u različitim dobnim skupinama i kulturama. Kvaliteta života predstavlja ključnu točku u medicinskim i zdravstvenim istraživanjima [69].

Zadovoljstvo kvalitetom života je veoma važna komponenta uspješnog starenja i odnosi se na proces prosuđivanja u kojem osoba pristupa vlastitom poimanju zadovoljstva životom u skladu s određenim kriterijima. Osobe starije životne dobi su osjetljivije po pitanju zdravstvenog stanja i samim time na samu percepciju zadovoljstva kvalitete života a na to dodatno utječu njihovo socioekonomsko stanje i limitirani radni učinak. Neke osobe postižu osjećaj zadovoljstva u starosti dok druge osobe razvijaju oštre i neprijateljske stavove. Koncept zadovoljstva životom se sastoji od zadovoljenih financijskih potreba, potreba za druženjem, potreba za aktivnostima, zdravstvenih potreba i usamljenosti, odnosno potreba za uključenosti u širu i/ili užu zajednicu. Kvaliteta života je konačna točka u medicinskim i zdravstvenim istraživanjima [69].

6. Koncept uspješnog starenja

Koncept uspješnog starenja vuče svoje korijene iz povijesti kada se spominjao u brojnim filozofskim i religijskim tekstovima. U današnje vrijeme uspješno starenje se nastoji objasniti iz položaja raznih teorijskih pristupa iz kojih proistječu razni pokušaji operacionalizacije koncepta uspješnog starenja. Znatno broj pokušaja je pokrivaio jednu od dimenzija uspješnog starenja koje se odnose na tjelesnu, funkcionalnu, psihološku ili socijalnu dimenziju zdravlja. Drugi pokušaji operacionalizacije koncepta uspješnog starenja su obuhvaćali više dimenzija.

Promatrajući povijesna istraživanja koncepta uspješnog starenja, u njima prevladavaju dvije osnovne istraživačke struje, biomedicinska i psihosocijalna. Biomedicinski pristup naglašava dobro fizičko i mentalno funkcioniranje i izostanak bolesti. Kao najpoznatiji biomedicinski pristup spominje se Roweov i Kahnov model uspješnog starenja koji opisuje uspješno starenje na osnovi tri glavna kriterija a to su odsustvo ili mala vjerojatnost bolesti i povezanih ograničenja, održavanje visoke razine fizičkog i mentalnog funkcioniranja te aktivna uključenost u život što je vidljivo na slici 6.1. Psihosocijalni pristup naglašava važnost zadovoljstva životom, dobrih socijalnih odnosa i bitne psihološke resurse kao temeljne principe uspješnog starenja. Ni jedan od spomenutih koncepata nije toliko došao do izražaja i nije uzeo u razmatranje kako same osobe starije životne dobi zamišljaju uspješno starenje. Iz tog razloga se razvio i treći pristup, nazvan laički pristup koji je od značajne važnosti stručnjacima koji pružaju usluge osobama starije životne dobi u domeni zdravstvene zaštite, socijalne skrbi i obrazovanja starijih. Takav pristup omogućuje da se stručnjaci adekvatno usmjere na individualne potrebe osoba starije životne dobi [73].



Slika 6.1. Uspješan model starenja Rowea i Kahna, 1997.

Izvor: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31657693/> (28.08.2024.)

Relevantnost definiranja koncepta uspješnog starenja je neosporiva kako na individualnoj, tako i na društvenoj razini. Faktori koji imaju najveći značaj u konceptu uspješnog starenja su fizička aktivnost, zdrave životne navike, samopercepcija zdravlja i odsutnost bolesti. Uspješna starost nije rezultat samo dobrog zdravstvenog stanja, već ovisi o vlastitom poimanju sebe te odnosima s okolinom. Pojedinač kojemu je tjelesno zdravlje narušeno, može se isto tako smatrati uspješno starećom osobom ukoliko ima razvijen osjećaj životne svrhe, dobre socijalne odnose i podršku bliskih i voljenih osoba. Kao bitne stavke uspješnog starenja, ističu se otpornost, optimizam, religioznost, pozitivan stav na život i sudjelovanje u raznim društvenim aktivnostima [74].

Uspješno starenje se u literaturi također spominje pod nazivom „aktivno starenje“, „vitalno starenje“ ili „produktivno starenje“. Ti nazivi impliciraju da život osoba starije životne dobi ne mora biti prikazan kao period bolesti i ovisnosti već može biti itekako obilježen održanim zdravljem i vitalnošću u kojem starije osobe doprinose društvenoj zajednici. Razmatranje o konceptu uspješnog starenja bilo je prisutno još u povijesti gdje se o perspektivama starenja razmatralo na temelju kulturološki ugrađenih sustava vrijednosti kao što su vjera, umjetnost i kolokvijalizam. Rimljani i Ciceron su poštivali i idealizirali razdoblje starosti, što potvrđuje opis: „Starost,

osobito časa starost, ima toliki autoritet da je vrjednija od svih užitaka mladosti“. U veličanju starosti bili su poznati i grčki filozofi pa tako Platon gaji nadu za uspješno starenje u vidu duhovnosti, stoga je napisao: „Duhovni vid se popravlja kako fizički vid opada“ [75].

Produktivno starenje je pojam kojeg je prvi puta uveo Robert Butler 1982. godine na Salzburškom seminaru. Govorio je o produktivnosti osoba starije životne dobi kao obliku akcije protiv ustaljenog mišljenja da starost označava razdoblje ovisnosti i predstavlja teret za društvo. Robert Butler je istaknuo preokret sa zabrinutosti zbog troškova za društvo i ovisnost u starosti na jedno pozitivnije gledište koje pretpostavlja težnju mobilizacije proizvodnog potencijala osoba starije životne dobi u društvo. Također, naglasio je da se produktivno starenje ne odnosi samo na produktivnost koja obuhvaća materijalnu odnosno financijsku dobit, već i na neplaćenu produktivnost koja obuhvaća volonterske aktivnosti za dobrobit obitelji i zajednice. To se prvenstveno odnosi na skrb o djeci i unucima te razne druge aktivnosti koje su orijentirane na upotpunjavanje kvalitete života. Izraz produktivno starenje je kompatibilan sa pojmovima aktivno starenje i zdravo starenje te je kao takav promoviran od strane SZO i UN. Prilikom razmatranja produktivnog, uspješnog ili aktivnog starenja, prate se četiri područja aktivnosti. To su kućne aktivnosti, plaćeni rad, skrb za druge i način na koji se provodi slobodno vrijeme [45].

6.1. Smjernice za aktivno i produktivno starenje

Promjene s kojima se osobe starije životne dobi u današnje vrijeme suočavaju su drugačije od promjena s kojima su se morale suočavati prethodne generacije starijih ljudi. Isto tako, mnoge promjene i individualne razlike uz sam proces starenja su danas poznate i lako se mogu uočiti. Odgovornost prema vlastitoj budućnosti prvenstveno je u rukama svake osobe te se pojedinac može pripremiti za budućnost, otkrivajući tako razlike ali i mnoge izvore podrške koje će ga tim putem pratiti. Autori vrlo često spominju razlike između uobičajenog odnosno „normalnog“ i uspješnog starenja. Uobičajeno starenje podrazumijeva starenje gdje okolinski čimbenici igraju glavnu ulogu i potiču procese primarnog, fiziološkog starenja. Kod uspješnog starenja, okolišni čimbenici daju neutralan ili pozitivan učinak i takvo starenje podrazumijeva promjenjivi proces uključujući zdravstvene, psihološke i okolinske intervencije.

Otkucavanje biološkog sata je nemoguće zaustaviti, no može se usporiti i promijeniti ton a novo viđenje procesa starenja tako budi nadu u zdravo, čilo i produktivno razdoblje u ovom razdoblju života. Uspješno ostarjeli ljudi vode brigu o svom tjelesnom fizičkom i mentalnom zdravlju te pokušavaju izvući maksimum iz svega što im život donosi [47].

Starenje ljudskog organizma uzrokuje pad fizioloških funkcija, smanjenje snage, smanjenu pokretljivost i smanjenu sposobnost izvođenja svakodnevnih aktivnosti. Tjelesna neaktivnost osoba starije životne dobi s godinama progresivno raste, unatoč brojnim zdravstvenim prednostima i sustavne fizičke aktivnosti. Također, s godinama pada i broj starijih osoba koje zadovoljavaju smjernice tjelesne aktivnosti koje preporučuje SZO. U Europi se 35% odraslih osoba smatra fizički neaktivnim i taj udio raste s godinama na 45% starijih od 60 godina. Također, jedno istraživanje u cijelom svijetu koje se provelo prije nekoliko godina, pokazuje da je ukupna dobno standardizirana prevalencija nedovoljne fizičke aktivnosti 27,5%, dok je u Europi ta prevalencija 23,4%. Bitno je naglasiti kako je prevalencija fizičke aktivnosti drugačija u europskim zemljama te da su ljudi u južnoj Europi aktivniji od ljudi u srednjoj i sjevernoj Europi. Ovi podaci pokazuju kako je prijeko potrebno promicanje aktivnog starenja a dokazano je da osobe starije životne dobi koje su fizički aktivne, imaju poboljšanu funkcionalnost te općenito bolju kvalitetu života [76].

Prehrana je vrlo bitan čimbenik i brojna istraživanja ukazuju na povezanost prehrane u starijih osoba i kvalitete života. Starenjem dolazi do promjene osjeta okusa, a samim time i do osiromašenja prehrane osoba starije životne dobi jer gube interes za raznovrsnom i nutrijentima bogatom prehranom. Kvaliteta prehrane utječe na druge faktore koji su povezani s kvalitetom života osoba starije životne dobi. Veoma važnu ulogu u promicanju zdravog i uspješnog starenja ima prehrana bogata voćem, povrćem, ribom i cjelovitim žitaricama s niskim udjelom masnoće. Konzumiranje ovih namirnica povezano je s manjim rizikom od kardiometaboličkih bolesti i štetnih kognitivnih ishoda [72].

Jedan od pokazatelja uspješnog starenja je dobra kognitivna funkcija. Dokazan je snažan zaštitni učinak svih razina fizičke aktivnosti protiv pada kognitivne funkcije te pozitivan učinak kombinacije kvalitetne prehrane i tjelovježbe kod osoba starije životne dobi s kognitivnim padom. Dobro mentalno zdravlje predstavlja itekako važnu

ulogu u procesu uspješnog starenja. Grupni programi vježbanja za osobe starije životne dobi mogu pozitivno djelovati na sprječavanje ili smanjenje usamljenosti i društvene izolacije. Također, bavljenje nekim vidom društvene aktivnosti kao što je volontiranje, povezano je s povećanom razinom tjelesne aktivnosti.

Uspješno starenje utjelovljuje očuvanje funkcije i neovisnosti u starijoj životnoj dobi čime se osobama starije životne dobi omogućuje produktivnost. Prioritet javnozdravstvene politike trebao bi biti promicanje zdravog stila života jer nikada nije kasno za implementaciju zdravih navika u svakodnevni život [77].

SZO je usvojila akcijskog plan „Desetljeće zdravog starenja 2020.-2030. čija je temeljna funkcija djelovanje na nove strategije koje osiguravaju zdravo starenje. Zahvaljujući intenzivnom međunarodnom zagovaranju, „zdravo starenje“ je uvršteno u program SZO s porukom da je „Osiguranje zdravog starenja hitan izazov u svim zemljama“ a glavni javnozdravstveni cilj „Živjeti ne samo dugo, nego i zdravo“. Akcijski plan „Desetljeće zdravog starenja“ poziva na usklađenu i održivu suradnju tijekom razdoblja od deset godina sa ciljem sprječavanja siromaštva osoba starije životne dobi, poboljšanja zdravlja osoba starije životne dobi i promicanje obrazovanja. Prijedlog akcije je spojiti zajedničke napore vlada, civilnog društva, međunarodnih agencija, medija i privatnog sektora kako bi se poboljšala kvaliteta života osoba starije životne dobi [78].

7. Istraživački dio rada

Ovim istraživanjem ispituje se zadovoljstvo kvalitetom života, odnosno kako osobe starije životne dobi percipiraju kvalitetu života u svom lokalnom okruženju. Također, ispituje se utjecaj čimbenika poput spola, dobi, razine obrazovanja, vrste kućanstva, financijskih mogućnosti, dostupnosti prijevoza i zdravstvenih usluga te sudjelovanja u društvenim aktivnostima.

7.1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je analizirati percepciju i zadovoljstvo osoba starije životne dobi s kvalitetom života u njihovom lokalnom okruženju. Istraživanje se fokusira na razumijevanje kako različiti čimbenici uključujući spol, dob, obrazovanje, vrsta kućanstva i vrsta prijevoza utječu na njihovu kvalitetu života te spoznati percepciju osoba starije životne dobi na njihove financijske mogućnosti, dostupnost zdravstvenih usluga i sudjelovanje u društvenim i kulturnim aktivnostima. Kroz ovo istraživanje, cilj je pružiti uvid u čimbenike koji oblikuju zadovoljstvo starijih osoba s kvalitetom života te identificirati moguće područje za poboljšanje u lokalnom okruženju.

7.2. Metode istraživanja

Istraživanje je provedeno na reprezentativnom uzorku članova Udruge umirovljenika Varaždinske županije u razdoblju od ožujka do lipnja 2024. godine. Svi ispitanici su dali informirani pristanak prije ispunjavanja ankete koja je bila distribuirana na redovnim sastancima Udruge umirovljenika.

Za analizu podataka u okviru ovog diplomskog rada, primijenjena je kombinacija deskriptivne i inferencijalne statistike. Deskriptivna statistika je korištena za opisivanje osnovnih karakteristika uzorka, obuhvaćajući raspodjele odgovora ispitanika u postocima za glavne demografske varijable poput spola, dobi, razine obrazovanja, iznosa mjesečne mirovine, životnih okolnosti, korištenja prijevoznog sredstva, stanja kondicije te poznavanja dostupnih službi u području boravka. Za inferencijalnu statističku analizu korišteni su Mann-Whitney U test i Kruskal-Wallisov test koji su pogodni za analizu ordinalnih podataka, poput onih dobivenih iz Likertove skale. Navedeni neparametrijski testovi omogućuju usporedbu odgovora

između dvije (Mann-Whitney U) ili više skupina (Kruskal-Wallis) ispitanika, isključujući pretpostavke normalne distribucije podataka. Spearmanova korelacija je korištena za procjenu odnosa između dobi ispitanika i njihovih odgovora na tvrdnje o kvaliteti života. Što se tiče obrade podataka, korišteni su programski paketi R (R: A Language and environment for statistical computing, verzija 4.0) i Jamovi (The jamovi project, verzija 2.2.5)."

7.3. Hipoteze

Sukladno prikupljenim sekundarnim podacima, ovo istraživanje, izrađeno u svrhu diplomskog rada, temelji se na tri hipoteze:

H1: Postoji statistički značajna razlika u percepciji dostupnosti zdravstvenih usluga među osobama starije životne dobi muškog i ženskog spola.

Obrazloženje hipoteze H1: Ova hipoteza istražuje kako osobe starije životne dobi muškog i ženskog spola različito percipiraju dostupnost zdravstvenih usluga u njihovom lokalnom okruženju. U kontekstu istraživanja, pretpostavka je da bi mogla postojati spolno uvjetovana razlika u toj percepciji. Na primjer, možda žene starije životne dobi percipiraju dostupnost zdravstvenih usluga kao važniju ili lošiju u odnosu na muškarce starije životne dobi zbog različitih zdravstvenih potreba ili iskustava sa zdravstvenim sustavom. Ova hipoteza usmjerena je na ispitivanje moguće statistički značajne razlike između spolova u ocjeni dostupnosti zdravstvenih usluga i razumijevanje kako te razlike mogu utjecati na kvalitetu života osoba starije životne dobi.

H2: Osobe starije životne dobi percipiraju lošiju dostupnost zdravstvenih usluga u svom lokalnom okruženju u usporedbi s osobama mlađe životne dobi.

Obrazloženje hipoteze H2: Istraživanje će analizirati kako se percepcija dostupnosti zdravstvenih usluga mijenja s godinama među osobama starije životne dobi te kako ta percepcija utječe na njihovo zadovoljstvo kvalitetom života.

H3: Percepcija dostupnosti osnovnih zdravstvenih usluga u lokalnom okruženju nije značajno povezana s vrstom kućanstva ili vrstom prijevoza koje koriste osobe starije životne dobi.

Obrazloženje hipoteze H3: Istraživanje će provjeriti postoji li povezanost između vrste kućanstva i vrste prijevoza te percepcije dostupnosti zdravstvenih usluga

među osobama starije životne dobi te kako to utječe na njihovo zadovoljstvo kvalitetom života.

7.4. Rezultati istraživanja

Istraživanje je provedeno na uzorku od 200 ispitanika od kojih je 70% odnosno 140 ispitanika žena i 30% odnosno 60 ispitanika muškaraca. Najveći broj ispitanika je u dobi između 70 do 74 godina odnosno 29,78% ispitanih. Sukladno tome najviše ispitanika ima srednju stručnu spremu odnosno 45,18% ispitanih. Samim time ispitanici u najvećoj mjeri imaju mjesečnu mirovinu između 301 do 500 eura i to 52,02% ispitanika. S obzirom na nisku mjesečnu mirovinu, većina ispitanika živi s djecom i/ili unucima i to 30,15% ispitanika. Osobni automobil samostalno koristi 42,16% ispitanika, a kondicijski mogu svakodnevno umjereno hodati do sat vremena 40,21% ispitanika. Što se tiče dostupnosti službi u lokalnim zajednicama najzastupljenije su udruge umirovljenika, tako tvrdi 49,64% ispitanika.

Prema dobivenim rezultatima i statističkoj obradi podataka, prihvaćamo hipoteze H1 koja glasi: *Postoji statistički značajna razlika u percepciji dostupnosti zdravstvenih usluga među starijim muškarcima i ženama*, te također prihvaćamo hipotezu H3 koja glasi: *Percepcija dostupnosti osnovnih zdravstvenih usluga u lokalnom okruženju nije značajno povezana s vrstom kućanstva ili vrstom prijevoza koje koriste starije osobe*, dok odbijamo hipotezu H2 koja glasi: *Stariji ispitanici percipiraju lošiju dostupnost zdravstvenih usluga u svom lokalnom okruženju u usporedbi s mlađim starijim ispitanicima.*

7.5. Diskusija rezultata istraživanja

Istraživanje je provedeno anonimnom anketom između 200 ispitanika. U nastavku rada biti će prikazani rezultati u obliku tablica i grafikona te će isti biti objašnjeni.

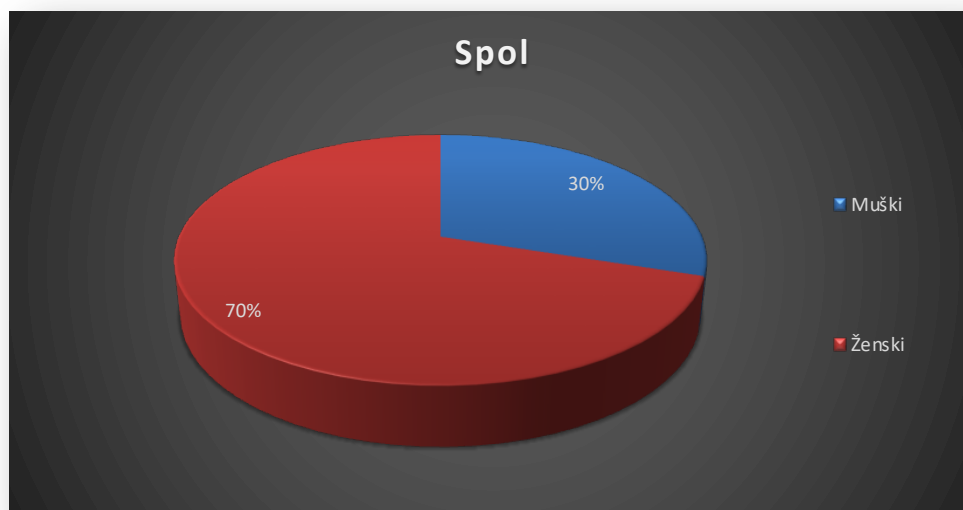
7.5.1. Spol

	Frekvencija	Postotak
Muški	60	30%
Ženski	140	70%

Tablica 7.5.1.1. Spol

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.1.1. vidljivo je da je u istraživanju sudjelovalo 70% ženskih ispitanika odnosno 140 ženskih ispitanika, dok je muških ispitanika bilo 30% odnosno 60 muških ispitanika. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.1.1.).



Slika 7.5.1.1. Spol ispitanika

(Izvor: vlastiti rad)

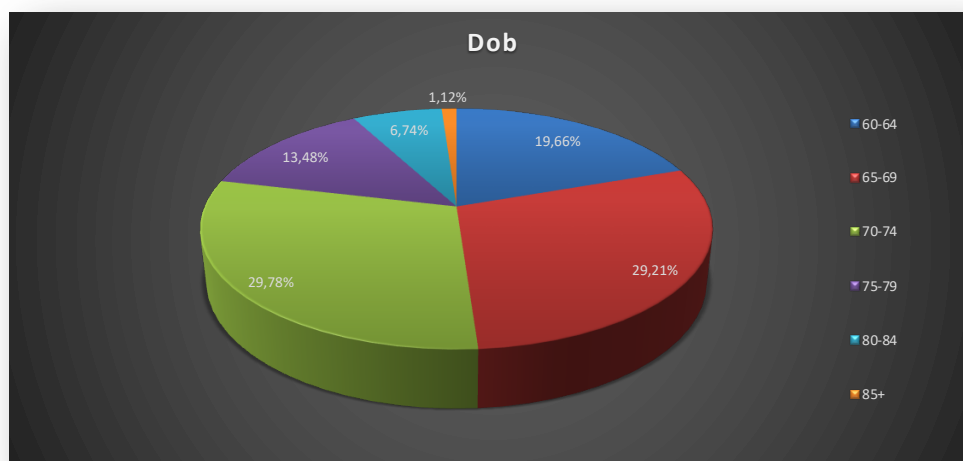
7.5.2. Dob

	Frekvencija	Postotak
60 - 64	39	19,66%
65 - 69	58	29,21%
70 - 74	60	29,78%
75 - 79	27	13,48%
80 - 84	13	6,74%
85 +	2	1,12%

Tablica 7.5.2.1. Dob

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.2.1. vidljivo je da je u istraživanju najzastupljenija dobna granica ispitanika bila između 70 do 74 godine u mjeri od 29,78% ispitanika odnosno 60 ispitanika, a slijedi ju dobna granica od 65 do 69 godina u mjeri od 29,21% ispitanika odnosno 58 ispitanika. U dobi od 60 do 64 godina sudjelovalo je 19,66% ispitanika odnosno 39 ispitanika. U dobi od 75 do 79 godina sudjelovalo je 13,48% ispitanika odnosno 27 ispitanika. U dobi od 80 do 84 godina sudjelovalo je 6,74% ispitanika odnosno 13 ispitanika, dok je 1,12% ispitanika odnosno 2 ispitanika bilo starije od 85 godina. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.2.1.)



Slika 7.5.2.1. Dob ispitanika

(Izvor: vlastiti rad)

7.5.3. Obrazovanje

	Frekvencija	Postotak
Srednja škola	90	45,18%
Visoko obrazovanje	79	39,59%
Neki oblik visokog obrazovanja	20	10,15%
Nemam završenu osnovnu školu	10	5,08%

Tablica 7.5.3.1. Obrazovanje

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.3.1. vidljivo je da 45,18% ispitanika odnosno 90 ispitanika ima srednju stručnu spremu, a visoko obrazovanje ima 39,59% ispitanika odnosno 79 ispitanika. Također je vidljivo i da neki oblik visokog obrazovanja ima 10,15% ispitanika odnosno 20 ispitanika, a osnovnu školu nije završilo 5,08% ispitanika odnosno 10 ispitanika. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.3.1.)



Slika 7.5.3.1. Obrazovanje ispitanika

(Izvor: vlastiti rad)

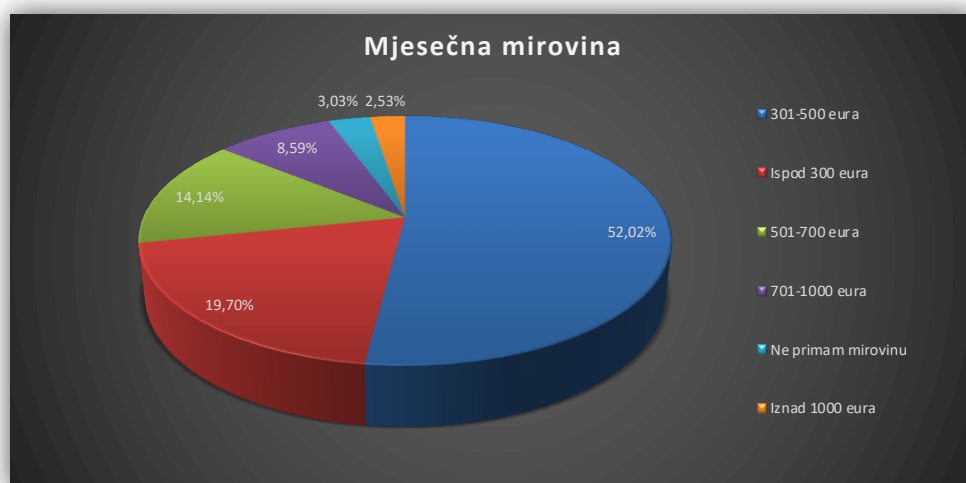
7.5.4. Mjesečna mirovina

	Frekvencija	Postotak
Ne primam mirovinu	6	3,03%
Ispod 300 eura	39	19,70%
301-500 eura	104	52,02%
501-700 eura	28	14,14%
701-1000 eura	17	8,59%
Iznad 1000 eura	5	2,53%

Tablica 7.5.4.1. Mjesečna mirovina

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.4.1. vidljivo je da mjesečnu mirovinu između 301 eura do 500 eura ima 52,02% ispitanika odnosno 104 ispitanika, a ispod 300 eura ima 19,70% ispitanika odnosno 39 ispitanika. Također je vidljivo da mjesečnu mirovinu između 501 eura do 700 eura ima 14,14% ispitanika odnosno 28 ispitanika, dok između 701 eura do 1.000 eura ima 8,59% ispitanika odnosno 17 ispitanika. Vidljivo je da mirovinu ne prima 3,03% ispitanika odnosno 6 ispitanika dok 2,53% ispitanika odnosno 5 ispitanika prima mjesečnu mirovinu iznad 1.000 eura. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.4.1.).



Slika 7.5.4.1. Mjesečna mirovina ispitanika
(Izvor: vlastiti rad)

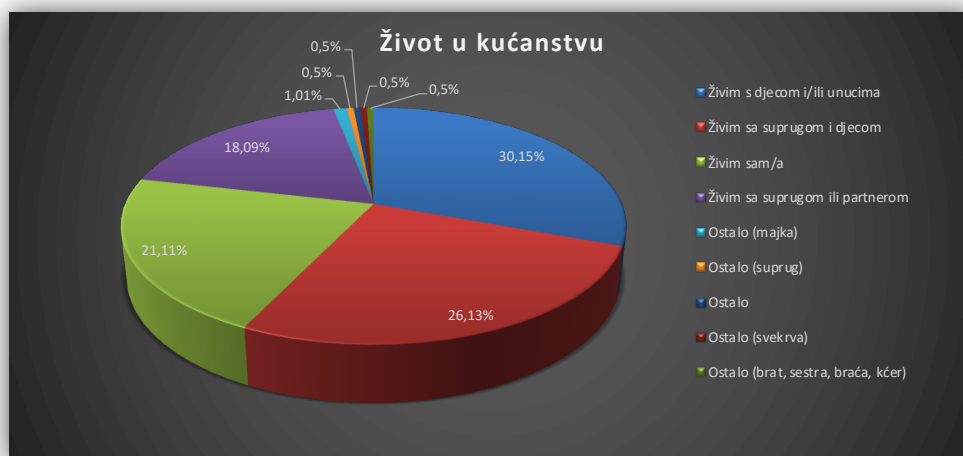
7.5.5. Život u kućanstvu

	Frekvencija	Postotak
Živim s djecom i/ili unucima	60	30,15%
Živim sa suprugom i djecom	52	26,13%
Živim sam/a	42	21,11%
Živim sa suprugom ili partnerom	36	18,09%
Ostalo (majka)	2	1,01%
Ostalo (suprug)	1	0,5%
Ostalo (svekrva)	1	0,5%
Ostalo (brat, sestra, braća, kćer)	1	0,5%
Ostalo	1	0,5%

Tablica 7.5.5.1. Život u kućanstvu

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.5.1. vidljivo je da 30,15% ispitanika odnosno 60 ispitanika živi s djecom i ili unucima, dok 26,13% ispitanika odnosno 52 ispitanika živi sa suprugom i djecom. Sami žive 21,11% ispitanih odnosno 42 ispitanika, dok 18,09% ispitanika odnosno 36% živi sa suprugom ili partnerom. Vidljivo je da 1,01% ispitanika odnosno 2 ispitanika živi s majkom, dok 0,5% ispitanika odnosno po 1 ispitanik se izjasnio da žive s bratom, sestrom, braćom, svekrvom ili nekom od kombinacija. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.5.1.).



Slika 7.5.5.1. Život u kućanstvu

(Izvor: vlastiti rad)

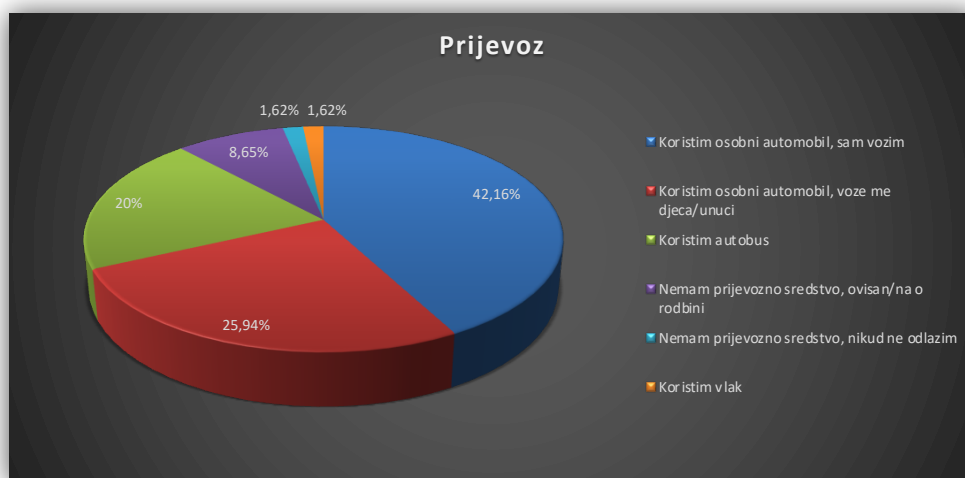
7.5.6. Prijevoz

	Frekvencija	Postotak
Koristim osobni automobil, sam vozim	84	42,16%
Koristim osobni automobil, voze me djeca/unuci	52	25,94%
Koristim autobus	40	20%
Nemam prijevozno sredstvo, ovisan/na o rodbini	17	8,65%
Nemam prijevozno sredstvo, nikud ne odlazim	3	1,62%
Koristim vlak	3	1,62%

Tablica 7.5.6.1. Prijevoz

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.6.1. vidljivo je da 42,16% ispitanika odnosno 84 ispitanika koristi osobni automobil i da se sami voze, dok 25,94% ispitanika odnosno 52 ispitanika koristi osobni automobil, ali ih voze djeca ili unuci. Također je vidljivo i da 20% ispitanika odnosno 40 ispitanika koristi autobus, a 8,65% ispitanika odnosno 17 ispitanika nema prijevozno sredstvo i ovisi o rodbini, dok 1,62% ispitanika odnosno 3 ispitanika nikuda ne odlazi. Vidljivo je i da 1,62% ispitanika odnosno 3 ispitanika koristi vlak kao prijevozno sredstvo. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.6.1.).



Slika 7.5.6.1. Prijevoz
(Izvor: vlastiti rad)

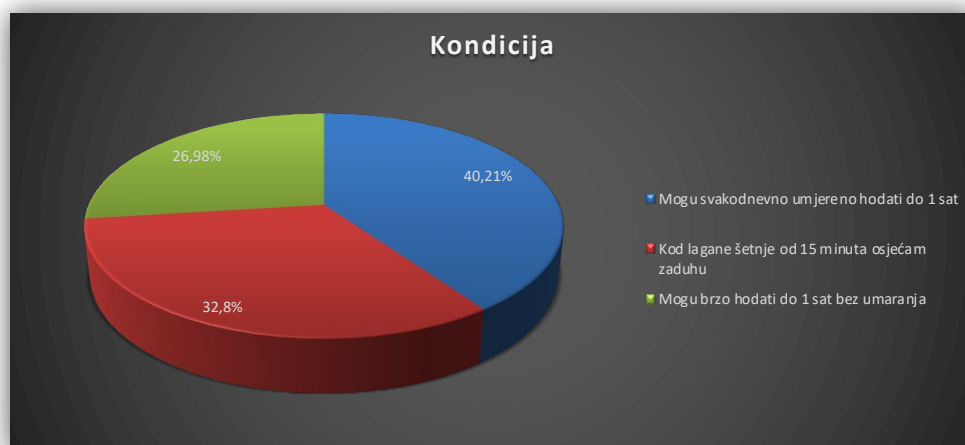
7.5.7. Kondicija

	Frekvencija	Postotak
Mogu svakodnevno umjereno hodati do 1 sat	80	40,21%
Kod lagane šetnje od 15 minuta osjećam zaduhu	66	32,8%
Mogu brzo hodati do 1 sat bez umaranja	54	26,98%

Tablica 7.5.7.1. Kondicija

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.7.1. vidljivo je da 40,21% ispitanika odnosno 80 ispitanika može svakodnevno umjereno hodati do jedan sat, dok 32,8% ispitanika odnosno 66 ispitanika kod lagane šetnje do petnaest minuta osjeća zaduhu. Također je vidljivo da 26,98% ispitanika odnosno 54 ispitanika mogu brzo hodati do jednog sata bez umaranja. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.7.1.).



Slika 7.5.7.1. Kondicija

(Izvor: vlastiti rad)

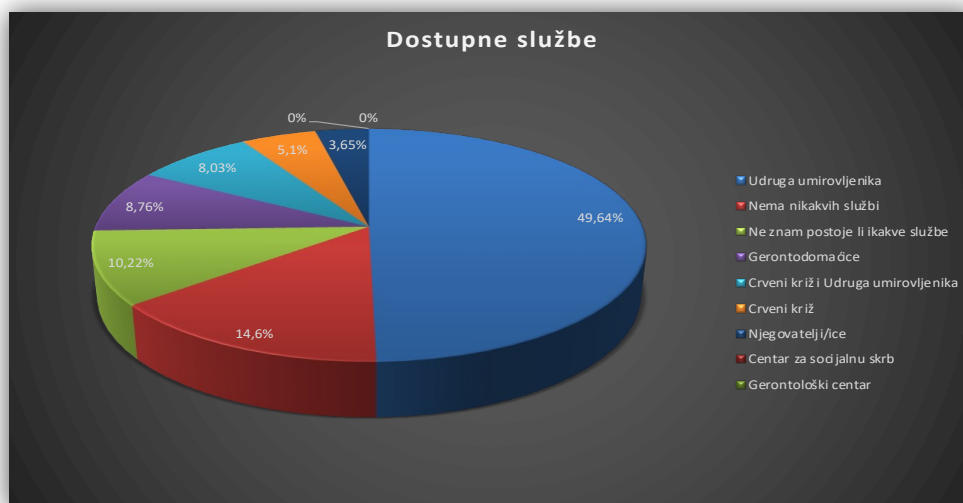
7.5.8. Dostupne službe

	Frekvencija	Postotak
Udruga umirovljenika	99	49,64%
Nema nikakvih službi	29	14,6%
Ne znam postoje li ikakve službe	20	10,22%
Gerontodomaćice	18	8,76%
Crveni križ i Udruga umirovljenika	16	8,03%
Crveni križ	10	5,1%
Njegovatelj/ice	7	3,65%
Centar za socijalnu skrb	0	0%
Gerontološki centar	0	0%

Tablica 7.5.8.1. Dostupne službe

(Izvor: vlastiti rad)

Iz tablice 7.5.8.1. vidljivo je da 49,64% ispitanika odnosno 99 ispitanika ima u lokalnoj zajednici Udrugu umirovljenika, dok 14,6% ispitanika odnosno 29 ispitanika nema nikakve službe. Također je vidljivo da 10,22% ispitanika odnosno 20 ispitanika ne zna postoje li ikakve službe, a njih 8,76% ispitanika odnosno 18 ispitanika se izjasnilo da su im dostupne gerontodomaćice. Nadalje, 8,03% ispitanika odnosno 16 ispitanika ima dostupno crveni križ i Udrugu umirovljenika, dok 5,1% ispitanika odnosno 10 ispitanika ima dostupni samo crveni križ, a 3,65% ispitanika odnosno 7 ispitanika ima dostupne njegovateljice. Centar za socijalnu skrb i gerontološki centar ima 0% ispitanika odnosno 0 ispitanika. Grafički prikaz u nastavku (slika 7.5.8.1.).



Slika 7.5.8.1. Dostupne službe
(Izvor: vlastiti rad)

7.5.9. Rezultati analize zadovoljstva s kvalitetom života u lokalnom okruženju

Provedenom analizom pomoću Mann-Whitney U testa uspoređeni su odgovori muškaraca i žena na nekoliko tvrdnji vezanih uz kvalitetu života, kako bi se provjerilo postoje li statistički značajne razlike između spolova. Likertova skala korištena u upitniku omogućila je ispitanicima da daju ocjene, tj. da ocijene svoje slaganje s različitim tvrdnjama u rasponu od "uopće se ne slažem" do "u potpunosti se slažem". Analiza je pokazala nekoliko tvrdnji s p-vrijednostima manjim od 0,05, što ukazuje na statistički značajne razlike između muškaraca i žena.

Prva statistički značajna tvrdnja bila je "Mogu si priuštiti ribu jednom tjedno" ($p = 0,0127$). Rezultati sugeriraju da postoji razlika između muškaraca i žena u percepciji ili stvarnoj mogućnosti kupnje ribe jednom tjedno, što odražava različite financijske mogućnosti ili navike u prehrani među spolovima u starijoj dobi. Također, statistički značajna razlika pronađena je kod tvrdnje "Od mirovine mogu nešto i uštedjeti" ($p = 0,0117$), što ukazuje da muškarci i žene različito doživljavaju svoju sposobnost da uštede dio svojih mirovina, što se povezuje s različitim razinama mirovina ili obrascima potrošnje među spolovima.

Sljedeća tvrdnja koja pokazuje značajnu razliku između muškaraca i žena je "Javne službe u mjestu stanovanja prilagođene su potrebama osoba starije dobi" ($p = 0,0133$). Muškarci i žene dakle različito ocjenjuju dostupnost i prilagođenost javnih službi za starije osobe u njihovim zajednicama, što može ukazivati na različite potrebe ili očekivanja. Tvrdnja "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($p = 0,0168$) također pokazuje statistički značajnu razliku, što odražava različite društvene ili financijske prilike koje muškarci i žene imaju kada je riječ o sudjelovanju u društvenim i kulturnim aktivnostima.

Ostale tvrdnje nisu pokazale statistički značajne razlike između muškaraca i žena. Među njima su tvrdnje kao što su "Obiteljski liječnik mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,5752$), "Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,5658$), "Poznavanje stručnjaka kojima se mogu obratiti u slučaju usamljenosti" ($p = 0,5594$) i "Godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($p = 0,0905$). Te tvrdnje ukazuju da muškarci i žene imaju slična viđenja, tj. percepciju o dostupnosti osnovnih zdravstvenih usluga i stručne pomoći, kao i o mogućnostima odlaska na godišnji odmor.

Provedenom analizom pomoću Kruskal-Wallisovog testa utvrđene su statistički značajne razlike u percepcijama između različitih dobnih skupina u vezi s tvrdnjama o kvaliteti života, posebno kada je riječ o dostupnosti obiteljskog liječnika i ljekarni. Takve razlike ukazuju na to da različite dobne skupine imaju različita iskustva i percepcije vezane uz ove bazične usluge.

Prva tvrdnja koja pokazuje značajne razlike je "Obiteljski liječnik mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,0218$). Dubljom post-hoc analizom i usporedbom pomoću Mann-Whitney U testa otkriveno je da značajne razlike postoje između nekoliko specifičnih dobnih skupina. Primjerice, ispitanici u dobnim skupinama od 60-64 godine i 70-74 godine imaju različite percepcije o dostupnosti obiteljskog liječnika, s p-vrijednošću od 0,0369. Značajne razlike također su prisutne između skupina 60-64 godine i 80-84 godine ($p = 0,0116$), kao i između ispitanika od 60-64 godine i onih starijih od 85 godina ($p = 0,0193$). Ovi rezultati sugeriraju da stariji ispitanici, napose oni iznad 70 godina, osjećaju da im je pristup obiteljskom liječniku otežan ili manje pristupačan u usporedbi s mlađim ispitanicima.

Slične razlike primijećene su i kod tvrdnje "Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,0168$). Statističkom analizom je utvrđeno da statistički značajne razlike postoje između dobnih skupina od 60-64 godine i 80-84 godine ($p = 0,0116$), kao i između skupina od 60-64 godine i 85+ godina ($p = 0,0193$). Ispitanici iz starijih dobnih skupina, posebno oni stariji od 80 godina, ocjenjuju dostupnost ljekarni kao manje pristupačnu u usporedbi s mlađima iz skupine od 60-64 godine. Ovi rezultati mogu ukazivati na to da stariji ljudi, zbog svojih zdravstvenih potreba, osjećaju veći teret kada ljekarne nisu lako dostupne.

Tvrdnje poput "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($p = 0,4040$), "Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($p = 0,4230$) i "Poznavanje stručnjaka za pomoć u slučaju usamljenosti" ($p = 0,3077$) nisu pokazale statistički značajne razlike između dobnih skupina. Navedeno sugerira da financijske i društvene prilike te dostupnost stručne pomoći za usamljenost ostaju relativno konzistentne među različitim dobnim skupinama.

Provedena Spearmanova korelacija između dobi i odgovora na tvrdnje vezane uz kvalitetu života za prvih 200 ispitanika pokazala je zanimljive rezultate. Cilj je bio

ispitati postoji li veza između dobi ispitanika i njihovih odgovora na Likertovoj skali u upitniku.

Za tvrdnju "Obiteljski liječnik mi je blizu mjesta stanovanja", dob je pokazala slabu, ali statistički značajnu negativnu korelaciju od $-0,175$ ($p = 0,0182$). Ova negativna korelacija sugerira da stariji ispitanici percipiraju obiteljskog liječnika kao manje dostupnog u odnosu na mlađe starije osobe. Zapravo, iz analize se vidi da, kako dob raste, percepcija dostupnosti liječnika opada, što može ukazivati na veće potrebe starijih osoba za zdravstvenim uslugama i njihove poteškoće u pristupu liječničkoj skrbi.

Sličan obrazac primijećen je i za tvrdnju "Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja", s korelacijom od $-0,178$ ($p = 0,0178$). Ova statistički značajna negativna korelacija sugerira da stariji ispitanici percipiraju ljekarne kao manje pristupačne. Takav rezultat može biti povezan s većom potrebom starijih osoba za lijekovima i češćim posjetima ljekarnama, što čini dostupnost ovih usluga ključnom za njihovu kvalitetu života.

S druge strane, tvrdnje poput "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($-0,117$, $p = 0,1216$), "Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($-0,065$, $p = 0,3983$) i "Poznavanje stručnjaka za pomoć u slučaju usamljenosti" ($-0,076$, $p = 0,3389$) nisu pokazale statistički značajnu povezanost s dobi.

Za tvrdnju "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($p < 0,001$), rezultati pokazuju značajnu razliku između različitih skupina ispitanika s obzirom na iznos mirovine. Ova razlika sugerira da ispitanici s višim mirovinama imaju veću mogućnost sudjelovanja u društvenim i kulturnim aktivnostima, kao što su izleti ili odlasci u kazalište, u usporedbi s onima s nižim mirovinama.

Slično tome, tvrdnja "Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($p < 0,001$) također pokazuje značajnu razliku između različitih razina mirovina. Ispitanici s većim mirovinama češće si mogu priuštiti odlazak na godišnji odmor, što ukazuje na utjecaj financijskih mogućnosti na ovaj aspekt kvalitete života.

Ali tvrdnje poput "Obiteljski liječnik mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,14$) i "Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,13$) nisu pokazale statistički značajne

razlike u percepciji dostupnosti ovih osnovnih zdravstvenih usluga između različitih skupina s obzirom na visinu mirovine. Dakle, prema tim rezultatima, iako financijska situacija utječe na mogućnosti za društvene i rekreacijske aktivnosti, percepcija dostupnosti osnovnih zdravstvenih usluga ostaje relativno nepromijenjena bez obzira na iznos mirovine.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa također su pokazali kako razina obrazovanja utječe na percepciju određenih faktora koji utječu na kvalitetu života u mjestu stanovanja. Test je pokazao statistički značajne razlike za dvije tvrdnje – prva je za tvrdnju "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($p < 0,001$), što znači da ispitanici s različitim razinama obrazovanja različito percipiraju svoju mogućnost sudjelovanja u društvenim i kulturnim aktivnostima poput izleta ili posjeta kazalištu, a oni s višom razinom imaju pozitivniju percepciju. Nadalje, tvrdnja "Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($p < 0,001$) također pokazuje značajnu razliku među obrazovnim skupinama. Ova razlika sugerira da ispitanici s višim obrazovanjem češće mogu priuštiti odlazak na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta, što ukazuje na povezanost između obrazovanja, prihoda i mogućnosti za rekreativne aktivnosti. Ostale tvrdnje nisu pokazale statistički značajne razlike, što znači da ispitanici bez obzira na obrazovanje percipiraju dostupnost zdravstvenih usluga na sličan način.

Kruskal-Wallisovim testom analiziran je i odnos između različitih tipova kućanstava i odgovora na Likertovoj skali za tvrdnje vezane uz kvalitetu života. Rezultati pokazuju da nema statistički značajnih razlika u odgovorima među različitim skupinama ispitanika na temelju njihovog života u kućanstvu. Malo detaljnije – za tvrdnje poput "Obiteljski liječnik mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,81$) i "Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,83$) nije pronađena značajna razlika među različitim vrstama kućanstava. To znači da ispitanici, bez obzira na to žive li sami, s partnerom, s djecom ili u drugim obiteljskim strukturama, percipiraju dostupnost ovih osnovnih zdravstvenih usluga na sličan način.

Slično, tvrdnje poput "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($p = 0,68$) i "Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($p = 0,45$) također nisu pokazale statistički značajne razlike, što sugerira da financijske mogućnosti za društvene i rekreativne aktivnosti nisu značajno povezane s vrstom

kućanstva u kojem ispitanici žive. To znači da su ispitanici iz različitih kućanstava odgovarali na sličan način, bez značajnih razlika u kvaliteti života vezano uz te aspekte.

Kruskal-Wallisovim testom analizirana je i veza između različitih opcija prijevoza i odgovora na Likertovoj skali za tvrdnje vezane uz kvalitetu života. U većini tvrdnji nije pronađena statistički značajna razlika, no jedna tvrdnja pokazala je značajnu razliku u odgovorima ovisno o tome koju vrstu prijevoza koriste ispitanici. Konkretnije, za tvrdnju "Mogu si priuštiti ribu jednom tjedno" pronađena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$), što ukazuje na to da ispitanici koji koriste različite opcije prijevoza imaju različite financijske mogućnosti ili predodžbe o svojoj sposobnosti da si priušte ribu jednom tjedno. Npr. ispitanici koji koriste osobni automobil možda imaju veću financijsku slobodu ili jednostavniji pristup trgovinama, dok oni koji ovise o drugim oblicima prijevoza možda imaju manju mogućnost kupovine ribe. Tvrdnje poput "Obiteljski liječnik mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,30$) i "Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,37$) nisu pokazale statistički značajnu razliku. To sugerira da ispitanici, bez obzira na vrstu prijevoza koju koriste, percipiraju dostupnost ovih osnovnih zdravstvenih usluga na sličan način.

Na sličan način, tvrdnje kao što su "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($p = 0,10$) i "Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($p = 0,12$) također nisu pokazale statistički značajnu razliku. Navedeno sugerira da percepcija mogućnosti sudjelovanja u društvenim i rekreativnim aktivnostima nije značajno povezana s vrstom prijevoza koju ispitanici koriste.

Provedenim Kruskal-Wallisovim testom analizirana je i povezanost između samoprocijenjene kondicije ispitanika i njihovih odgovora na Likertovu skalu za različite tvrdnje vezane uz kvalitetu života. Rezultati pokazuju statistički značajne razlike za nekoliko tvrdnji, što sugerira da različite razine kondicije utječu na percepciju kvalitete života i dostupnost usluga. Za tvrdnju "Obiteljski liječnik mi je blizu mjesta stanovanja" ($p = 0,01$) pronađena je statistički značajna razlika među različitim razinama kondicije, što sugerira da ispitanici koji se osjećaju u boljoj kondiciji percipiraju obiteljskog liječnika kao dostupnijeg, dok oni u lošijoj kondiciji smatraju da im je liječnik manje dostupan. Slična statistički značajna razlika pronađena je i za tvrdnju "Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja" ($p < 0,01$); to se može tumačiti

na način da ispitanici koji su u boljoj kondiciji mogu imati veći osjećaj neovisnosti i mobilnosti, što ih čini manje osjetljivima na udaljenost ljekarni. S druge strane, oni u lošijoj kondiciji mogu osjećati da im je otežan pristup ljekarni zbog zdravstvenih ograničenja. Također, tvrdnja "Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno" ($p = 0,01$) isto pokazuje statistički značajnu razliku, što znači da osobe u boljoj kondiciji češće sudjeluju u takvim društvenim aktivnostima.

Tvrdnje kao što su "Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta" ($p = 0,08$) i "Poznavanje stručnjaka za pomoć u slučaju usamljenosti" ($p = 0,46$) nisu pokazale statistički značajne razlike, što znači da percepcija mogućnosti odlaska na godišnji odmor ili dostupnosti stručnjaka za usamljenost nije značajno povezana s razinom kondicije.

7.5.10. Rezultati analize utjecaja na kvalitetu života u lokalnom okruženju

Rezultati Mann-Whitney U testa pokazali su kako muškarci i žene različito percipiraju utjecaj određenih faktora na kvalitetu života u njihovom mjestu stanovanja. Statistički značajna razlika ($p = 0,03$) pronađena je za tvrdnju "Dostupnost zdravstvenih usluga", što znači da muškarci i žene različito ocjenjuju koliko dostupnost zdravstvenih usluga utječe na njihovu kvalitetu života. Žene su dale više ocjene (medijan = 4) u odnosu na muškarce (medijan = 3), što sugerira da žene smatraju dostupnost zdravstvenih usluga važnijim faktorom koji utječe na kvalitetu njihovog života u mjestu stanovanja.

Za tvrdnju "Prometna povezanost mjesta sa većim središtem" ($p = 0,19$) nije pronađena statistički značajna razlika između spolova, što znači da muškarci i žene imaju slične percepcije o tome koliko prometna povezanost utječe na kvalitetu života u njihovom mjestu stanovanja. Ovi rezultati sugeriraju da oba spola percipiraju važnost prometne povezanosti na sličan način. Tvrdnje "Aktivnosti za osobe starije dobi" ($p = 0,81$) i "Grupe za tjelesnu aktivnost" ($p = 0,57$) nisu pokazale značajne razlike, što znači da oba spola na jednak način ocjenjuju utjecaj tih aktivnosti na kvalitetu života. Češći obilasci patronažne sestre u Vašoj kući također nisu bili statistički značajni ($p = 0,86$), što ukazuje da muškarci i žene sličnom ocjenom percipiraju važnost patronažne skrbi kao čimbenika koji utječe na njihovu kvalitetu života.

Kruskal-Wallisovim testom analizirana je stavka postoji li razlika u percepciji kvalitete života u mjestu stanovanja među različitim dobnim skupinama. Test je proveden na temelju različitih tvrdnji iz upitnika, ali niti jedna od njih nije pokazala statistički značajnu razliku među dobnim skupinama. Ako ćemo malo detaljnije, za tvrdnju "Dostupnost zdravstvenih usluga" ($p = 0,69$), rezultati pokazuju da nema značajnih razlika u percepciji dostupnosti zdravstvenih usluga među različitim dobnim skupinama (što znači da bez obzira na dob, ispitanici imaju slične stavove o dostupnosti liječničkih i drugih zdravstvenih usluga). Nadalje, tvrdnja "Prometna povezanost mjesta s većim središtem" ($p = 0,83$) također nije pokazala značajnu razliku među dobnim skupinama. Ispitanici, bez obzira na svoju dob, sličnim ocjenama procjenjuju važnost prometne povezanosti u svojoj kvaliteti života. Za tvrdnje poput "Aktivnosti za osobe starije dobi" ($p = 0,17$) i "Grupe za tjelesnu aktivnost" ($p = 0,67$), također nije pronađena značajna razlika, što sugerira da ispitanici iz različitih dobnih skupina imaju slične predodžbe o dostupnosti aktivnosti u zajednici. Tvrdnja "Češći obilasci patronažne sestre u Vašoj kući" ($p = 0,23$) nije pokazala značajne razlike među dobnim skupinama, što znači da percepcija važnosti i dostupnosti patronažne skrbi nije povezana s dobi ispitanika.

Spearmanovom korelacijom ispitano je postoji li značajna veza između dobi ispitanika i njihove percepcije o tome što utječe na kvalitetu života u njihovom mjestu stanovanja. U većini tvrdnji nije pronađena značajna povezanost s dobi, no jedna tvrdnja pokazuje statistički značajnu negativnu korelaciju. Naime, za tvrdnju "Aktivnosti za osobe starije dobi" pronađena je statistički značajna negativna korelacija (Spearmanov koeficijent = $-0,21$, $p = 0,01$) – što navodi da stariji ispitanici manje percipiraju dostupnost ili važnost aktivnosti za starije osobe u usporedbi s mlađim ispitanicima. Moguće je da stariji ispitanici imaju smanjenu mogućnost sudjelovanja u takvim aktivnostima ili osjećaju da one nisu dovoljno prilagođene njihovim potrebama.

Za ostale tvrdnje, poput "Dostupnost zdravstvenih usluga" (Spearmanov koeficijent = $-0,01$, $p = 0,95$) i "Prometna povezanost s većim središtem" (Spearmanov koeficijent = $0,06$, $p = 0,45$), nije pronađena statistički značajna veza s dobi, što pak sugerira da percepcije o važnosti zdravstvenih usluga i prometne povezanosti ostaju relativno konstantne bez obzira na dob ispitanika. Na sličan način tvrdnje "Grupe za

tjelesnu aktivnost" (Spearmanov koeficijent = -0,10, $p = 0,21$) i "Obilasci patronažne sestre" (Spearmanov koeficijent = -0,10, $p = 0,21$) nisu pokazale značajnu povezanost s dobi, što znači da ispitanici svih dobnih skupina percipiraju dostupnost tih usluga vrlo slično.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa pokazali su i razlike u percepciji o tome što utječe na kvalitetu života u mjestu stanovanja u odnosu na razinu obrazovanja. Jedna tvrdnja pokazala je statistički značajnu razliku među različitim obrazovnim razinama, i to za posjete patronažne sestre ($p = 0,02$), što znači da percepcija važnosti ili dostupnosti patronažne skrbi varira među ispitanicima s različitim razinama obrazovanja. Ispitanici s višim razinama obrazovanja izgleda da bolje razumiju važnost patronažne skrbi ili percipiraju da su te usluge lakše dostupne u njihovim zajednicama, dok ispitanici s nižim obrazovanjem možda nisu toliko svjesni tih usluga ili ih percipiraju kao manje dostupne. Ostale tvrdnje nisu pokazale statistički značajne razlike.

Korištenje Kruskal-Wallisovog testa za razine mirovina u odnosu na odgovore na Likertovoj skali pokazalo je kako niti jedna tvrdnja nije pokazala statistički značajnu razliku (sve p -vrijednosti su iznad 0,05), što znači da percepcije utjecaja istraživanih faktora na kvalitetu života ne ovise značajno o iznosu mirovine ispitanika. Primjerice, za tvrdnju "Dostupnost zdravstvenih usluga" ($p = 0,52$), rezultati pokazuju da nema značajnih razlika u percepciji dostupnosti zdravstvenih usluga među različitim razinama mirovine, što znači da ispitanici s različitim mirovinama slično percipiraju važnost dostupnosti zdravstvenih usluga za kvalitetu života. Isto tako, ispitanici bez obzira na visinu mirovine imaju slične stavove o važnosti prometne povezanosti u mjestu stanovanja, a i sličnu percepciju o važnosti različitih aktivnosti na kvalitetu života.

Kruskal-Wallisovim testom analizirane su i razlike u percepciji čimbenika koji utječu na kvalitetu života ovisno o vrsti kućanstva u kojem ispitanici žive. Nijedna tvrdnja nije pokazala statistički značajnu razliku (p -vrijednosti su iznad 0,05), što znači da vrsta kućanstva nema značajan utjecaj na percepciju ovih istraživanih čimbenika. Kad se istim testom analizirala veza između različitih opcija prijevoza i percepcije o tome što utječe na kvalitetu života u mjestu stanovanja, statistički značajnim se pokazalo da ovisno o vrsti prijevoza koju koriste, ispitanici imaju različitu percepciju

o važnosti prometne povezanosti. Drugim riječima, češće korištenje prijevoznog sredstva statistički značajno je povezano s tvrdnjom da dobra prometna povezanost značajno utječe na kvalitetu života. Za ostale tvrdnje, poput "Dostupnost zdravstvenih usluga" ($p = 0,13$) i "Aktivnosti za osobe starije dobi" ($p = 0,12$), nisu pronađene značajne razlike. To znači da bez obzira na to koriste li osobni automobil, autobus, vlak ili neki drugi oblik prijevoza, ispitanici imaju slična mišljenja o tome kako dostupnost zdravstvenih usluga i aktivnosti za starije osobe utječu na njihovu kvalitetu života.

Slična je povezanost između procjene važnosti prometne povezanosti s većim središtem i samoprocijenjene razine kondicije ispitanika. Navedeno sugerira da ispitanici s različitim razinama kondicije različito percipiraju koliko prometna povezanost utječe na njihovu kvalitetu života, pa tako ispitanici s boljom kondicijom statistički značajno osjećaju veću neovisnost u kretanju i manju ovisnost o prometnoj povezanosti, dok su oni s lošijom kondicijom osjetljiviji na kvalitetu prometnih veza u svom mjestu stanovanja ($p = 0,05$).

Za tvrdnju "Dostupnost zdravstvenih usluga" ($p = 0,10$) nije pronađena značajna razlika, no rezultat sugerira da postoji određena povezanost između razine kondicije i percepcije dostupnosti zdravstvenih usluga. Ispitanici s boljom kondicijom možda percipiraju zdravstvene usluge kao manje ključne za njihovu svakodnevicu u usporedbi s onima u lošijoj kondiciji.

Ostale tvrdnje, poput "Aktivnosti za osobe starije dobi" ($p = 0,91$), "Grupe za tjelesnu aktivnost" ($p = 0,98$) i tvrdnje oko patronažne sestre ($p = 0,53$) nisu pokazale statistički značajne razlike; navedeno znači da ispitanici, bez obzira na razinu kondicije, percipiraju dostupnost aktivnosti i usluga kao jednako važnu za njihovu kvalitetu života.

8. Rasprava

U društvu koje se suočava sa globalnim starenjem stanovništva, glavni su izazovi očuvanje zdravlja starijih osoba i poboljšanje njihove kvalitete života. Globalno istraživanje koje su proveli Odjel za javno zdravstvo, Fakultet zdravstvenih znanosti, Multidisciplinarni istraživački centar za starenje i Sveučilište Ben-Gurion u Negevu u Izraelu, daje uvid u nejednakosti povezane s kvalitetom života starijih osoba te osobne i društvene aspekte koji utječu na njihovo zdravlje i dobrobit [79].

Rezultati ovog istraživanja jasno pokazuju da starije žene češće navode loše zdravstveno stanje i imaju ograničen pristup osnovnim zdravstvenim uslugama od muškaraca, što je u skladu s nalazima ovog rada. Dosljednost rezultata naglašava potrebu za daljnjim istraživanjem i intervencijama kako bi se smanjile te razlike i poboljšala kvaliteta života starijih osoba.

Jedan od ključnih nalaza obje studije je da starije žene imaju lošije zdravlje i imaju manji pristup zdravstvenoj skrbi od muškaraca. Ovo pokazuje snažnu vezu između spola i zdravstvenih ishoda i naglašava potrebu za specifičnim intervencijama za poboljšanje pristupa starijih žena zdravstvenim uslugama. Povijesno gledano, žene su imale niži obrazovni status i financijsku neovisnost, što je trend koji i dalje prevladava u mnogim dijelovima svijeta. Takve razlike mogu značajno utjecati na zdravlje i dobrobit starijih žena, naglašavajući potrebu za socijalnom politikom usmjerenom na smanjenje tih razlika. Provedba intervencija koje uključuju edukaciju i podršku ženama te poticanje na bolji pristup resursima ključna je za postizanje jednakih uvjeta za sve starije osobe.

Dodatno, obje su studije pokazale razlike u prehranbenim navikama i socioekonomskom statusu među starijim muškarcima i ženama. Obrazovanje i ekonomski prihod ključni su resursi za društvenu mobilnost i značajno utječu na zdravstvene ishode. Tradicionalno, žene su često imale ograničen pristup obrazovanju i resursima, što se odražava na njihov socioekonomski status i zdravstveno stanje. Ove razlike zahtijevaju smjernice socijalne i obrazovne politike usmjerene na uklanjanje tih neravnoteža. Intervencije koje potiču smanjenje rizičnih životnih stilova (npr. nezdrave prehranbene navike) trebale bi se provoditi na uravnotežen način za oba

spola, s posebnom pozornošću na žene koje su izloženije većem riziku zbog socioekonomske ranjivosti.

Analizirajući kvalitetu života starijih odraslih osoba, jasno je da je važno razumjeti kako različiti čimbenici utječu na njihovu dobrobit. Unatoč obilju istraživanja, nedostaje sveobuhvatna analiza koja uključuje perspektive samih starijih osoba. Kvalitativno istraživanje koje su u Rijeci proveli Zavod za socijalnu medicinu i epidemiologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci i Zdravstvenog fakulteta u Zagrebu daje uvid u stavove starijih osoba prema starenju i njihovim potrebama. Ovo istraživanje naglašava važnost zdravog načina života, s posebnim naglaskom na tjelesnu aktivnost, dok se važnost pomoći u lokalnom okruženju spominje u manjoj mjeri [80]. Usporedba s rezultatima istraživanja provedenog u Rijeci pokazuje da starije osobe u Varaždinskoj županiji tjelesnu aktivnost smatraju manje važnom za kvalitetu života. Ova razlika može biti rezultat različitih pristupa informacijama, lokalnih uvjeta ili socijalnih normi koje utječu na percepciju važnosti tjelesne aktivnosti.

Ovi rezultati ukazuju na potrebu za dodatnim istraživanjem koje će detaljno ispitati čimbenike koji utječu na različite percepcije tjelesne aktivnosti među osobama starije životne dobi u različitim regijama. Nadalje, važno je razviti intervencije koje će biti prilagođene specifičnim lokalnim uvjetima i potrebama kako bi se potaknuo pozitivan utjecaj tjelesne aktivnosti na kvalitetu života starijih osoba.

Podaci dobiveni u ovom istraživanju imaju značajnu vrijednost za razvoj individualiziranih pristupa u procjeni koristi i rizika za kvalitetu života osoba treće dobi. Pružatelji zdravstvenih usluga trebaju razviti empatičan i holistički pristup, uvažavajući okolnosti i specifične potrebe svakog pojedinca. Zdravstveni radnici i volonterske organizacije trebaju igrati glavnu ulogu u promicanju pozitivnih slika o starijim osobama i stvaranju zajednice koja podržava njihovu dobrobit i uključenost [81].

Produljenje životnog vijeka predstavlja ključan napredak za čovječanstvo, ali donosi i izazove za starije osobe. Stoga je važno otkriti i implementirati nove strategije koje će omogućiti starijoj populaciji da se što bolje nose s izazovima starenja. Umijeće starenja treba promatrati kao sastavni dio umijeća življenja, pružajući starijim osobama da ovu fazu života doživljavaju kao dodatni potencijal, a ne kao teret.

Unatoč povećanju potreba za fizičkim i mentalnim zdravljem starijih osoba, postoji značajan nedostatak kvalificiranih medicinskih sestara/tehničara u ovom području rada. Ovo ističe potrebu za sveobuhvatnim pristupom obrazovanju i obuci budućih zdravstvenih radnika s posebnim naglaskom na gerijatrijsku njegu. Stavovi prema osobama treće životne dobi su se promijenili, a naglasak se sve više stavlja na specifične kompetencije i vještine koje magistarski obrazovani medicinski radnici mogu pružiti. Magistar sestrinstva ima ključnu ulogu u ovom kontekstu jer ima napredna znanja i vještine koja su presudna za kvalitetu skrbi o starijim osobama.

Magistri sestrinstva su osposobljeni za pružanje visoko specijalizirane njege koja obuhvaća procjenu složenih zdravstvenih potreba starijih osoba, implementaciju i razvoj individualiziranih planova skrbi te vođenje timova zdravstvenih radnika. Oni igraju ključnu ulogu u koordinaciji njege, edukaciji pacijenata i njihovih obitelji te pružanju podrške u upravljanju kroničnim bolestima i palijativnoj njezi. Njihova stručnost pruža holistički pristup koji uključuje fizičke, mentalne i socijalne aspekte zdravlja starijih osoba, čime se doprinosi njihovom cjelokupnom blagostanju.

Iz tog razloga, kurikulum za magistre sestrinstva treba uključivati inovacije koje će omogućiti stjecanje naprednih vještina i kompetencija. Programi obuke trebaju biti temeljeni na dokazima i usklađeni s trenutnim standardima gerijatrijske njege, osiguravajući da budući zdravstveni radnici budu kvalitetno pripremljeni za rad sa starijom populacijom. To uključuje obuku u području upravljanja složenim zdravstvenim stanjima, pružanju psihološke i emocionalne podrške te uvođenju strategija za poboljšanje kvalitete života starijih osoba.

S obzirom na kontinuirani rast broja starijih osoba, potreba za specijaliziranom gerijatrijskom njegom raste. Magistri sestrinstva sa sveobuhvatnim znanjem i vještinama, biti će ključni za oblikovanje budućeg pristupa skrbi za starije osobe. Kroz svoje obrazovanje i profesionalni razvoj, oni će moći odgovoriti na složene potrebe starije populacije, unaprijediti kvalitetu skrbi te osigurati da ova populacija dobije kvalitetnu i dostojanstvenu njegu. Uzimajući u obzir sve ove čimbenike, neophodno je da se društvo usmjeri na razvoj i implementaciju modela skrbi koji će omogućiti dostojanstvenu starost uz podršku međugeneracijske solidarnosti i učinkovitu skrb za starije i nemoćne osobe [5].

9. Zaključak

Osobe starije životne dobi su posebna i vulnerabilna dobna skupina a starenje predstavlja složen proces u kojem fiziološke i psihološke funkcije opadaju. Visok porast životnih granica je posljedica boljeg zdravlja, kvalitetnije zdravstvene zaštite, boljih uvjeta stanovanja te adekvatnije prehrane. Proučavanje procesa starenja se posljednjih godina znatno proširilo te je postalo jedna od ključnih tema u mnogim znanostima. Vrlo je važno razlikovati pojmove starenje i starost. Starenje podrazumijeva proces tijekom kojeg nastaju brojne promjene u funkciji dobi a razlikujemo biološko, psihološko i socijalno starenje. Starost se odnosi na posljednje razvojno razdoblje u životu pojedinca i može se definirati na osnovi kronološke dobi, zatim prema funkcionalnom statusu i prema socijalnim ulogama. Također, razlikujemo primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje se odnosi na normalne, fiziološke procese koji su neizbježni jer su posljedica sazrijevanja. Sekundarno starenje podrazumijeva patološke promjene koje nastaju zbog utjecaja vanjskih čimbenika, uključujući bolest, okolinske utjecaje i ponašanje. Postoji velik broj teorija o starenju i mnogi znanstvenici su predložili različite načine njihove podjele i kategorizacije. Često se isprepliću i puno toga im je zajedničko ali ni jedna od teorija ne daje zadovoljavajuće objašnjenje što je u statističkom smislu veliki izazov jer brojni čimbenici utječu na proces starenja. Razlikujemo genetske teorije starenja, fiziološke teorije starenja i teorije promjene funkcije organa.

U starijoj životnoj dobi je prilagodba na nove i teže životne uvjete otežana zbog narušenih fizičkih i psihičkih sposobnosti što dovodi do nedostatka osjećaja kontrole i sekundarno do nedostatka samopoštovanja. Umirovljenje se opisuje kao jedno od osnovnih tranzicijskih razdoblja u procesu starenja koje utječe na obrasce svakodnevnih aktivnosti i zahtijeva podjednaku prilagodbu umirovljenika ali i članova njihovih obitelji.

Kvaliteta života je pojam kojeg je teško definirati jer se radi o subjektivnom i osobnom iskustvu. Podrazumijeva dobro zdravlje i funkcionalnu sposobnost, doživljaj osobne svrhovitosti u društvu, pozitivne međugeneracijske odnose u obitelji, socijalnu potporu i adekvatan socioekonomski status. Kvaliteta života se vrlo često razlikuje između različitih skupina starijih osoba te postoje mnoge razlike u njenoj percepciji.

Osiguranje kvalitete života namijenjeno osobama starije životne dobi, u današnje vrijeme postaje sve značajnije.

Uspješno ostarjeli ljudi brinu o svom tjelesnom i mentalnom stanju, pokušavajući izvući ono najbolje iz svega što im život donosi. To je možda i sama srž životne mudrosti koju svaki pojedinac stječe s godinama.

10. Literatura

- [1] D. Puntarić, D. Ropac, A. Jurčev Savičević i sur.: Javno zdravstvo, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- [2] J. Zloković, A. Zovko: Gerontologija - izazovi i perspektive, Hrvatska sveučilišna naklada, Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Zagreb, 2020.
- [3] Državni zavod za statistiku: Objavljeni konačni rezultati Popisa 2021., Republika Hrvatska, <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>, dostupno 20.06.2024.
- [4]. M. Ghența, A. Matei, L. Mladen-Macovei, S. Stănescu: Quality of life of older persons: the role and challenges of social services providers, *International journal of environmental research and public health*, 2022, 19.14: 8573.
- [5] M. G. Perseguino, M.F.P. Okuno, A.L. de M. Horta : Vulnerability and quality of life of older persons in the community in different situations of family care, *Revista brasileira de enfermagem*, 2021, 75.Suppl. 4
- [6] K. M. Van Leeuwen, M. S. Van Loon, F. A. Van Nes, J. E. Bosmans, H. C. W. de Vet, J. C. F. Ket, G. A. M. Widdershoven, R. W. J. G. Ostelo, What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis, *PLOS ONE*, 2019, 14(3)
- [7] J.L. Wolff, B. Starfield, G. Anderson, Prevalence, Expenditures, and Complications of Multiple Chronic Conditions in the Elderly, *Archives of Internal Medicine*, 2002, Nov 11, 162(20), 2269–2276
- [8] M. Lovreković, Z. Leutar, Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu, *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociološka istraživanja okoline*, 2010, 19(1), 55-79
- [9] F. M. F. Xavier, M. P. T. Ferraz, M. Norton, N. U. Escosteguy, E. H. Moriguchi, Elderly people's definition of quality of life, *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2003, 25(1): 31-39
- [10] V. Pečjak, *Psihologija treće životne dobi*, Prosvjeta, Zagreb, 2001.
- [11] S. K. Heide, Autonomy, identity and health: defining quality of life in older age, *Journal of Medical Ethics*, 2022, 48.5: 353-356
- [12] B. K. Haas, Clarification and integration of similar quality of life concepts, *The Journal of Nursing Scholarship*, 1999, 31.3: 215-220
- [13] C. A. Laranjeira, The process of senescence and quality of life: the search for literary evidence, *Servir (Lisbon, Portugal)*, 2009, 57.1-2: 10-19

- [14] X. Shen, F. Yin, C. Jiao, Predictive Models of Life Satisfaction in Older People: A Machine Learning Approach, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023, 20.3: 2445
- [15] F. Ghaffari, N. Dehghan-Nayeri, N. Navabi, K. Seylani, Evaluation of the Master's curriculum for elderly nursing: a qualitative study, *Clinical interventions in aging*, 2016, 1333-1342
- [16] N. M. Alavi, Z. Nabizadeh-Gharghozar, N. M. Ajorpaz, The barriers and facilitators of developing clinical competence among master's graduates of gerontological nursing: a qualitative descriptive study, *BMC Medical Education*, 2022, 22.1: 500
- [17] I. Džinić, *Godine u životu i život u godinama: starost i kvaliteta života*, *Kroatologija*, 2023 Jul 24, 14(1): 219–240
- [18] S. Vuletić, B. Juranić, Ž. Rakošec, Š. Mikšić, K. s A. Jurić, Bioetičke inicijative revalorizacije starosti i starijih ljudi, *Diacovensia: teološki prilozi*, 2018, 26(3): 457–481
- [19] M. E. Agronin, From Cicero to Cohen: developmental theories of aging, from antiquity to the present, *Gerontologist*, 2014, 54(1): 30–39
- [20] J. Despot Lučanin, *Psihologija starenja: Izazovi i prilagodba*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2022.
- [21] M. Dziechciaż, R. Filip, Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 2014, 21(4): 835–838
- [22] K. Rothermund, C. Englert, D. Gerstorf, Explaining Variation in Individual Aging, Its Sources, and Consequences: A Comprehensive Conceptual Model of Human Aging. *Gerontology*, 2023 Dec; 69(12): 1437–1447
- [23] S. Uzun, O. Kozumplik, N. Mimica, Starenje kao životni ciklus i izazov, *Hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti (CROCAD-22) s međunarodnim sudjelovanjem*, 2022, 94-94
- [24] K. Warner Schaie, L. Willis Sherry, *Psihologija odrasle dobi i starenja*, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2001.
- [25] C. Giuliani, P. Garagnani, C. Franceschi, Genetic Theories of Aging. In: *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, Cham: Springer International Publishing, 2022, 2025-2034
- [26] Z. Duraković; i suradnici, *Gerijatrija: Medicina starije dobi*, C. T. - Poslovne informacije, Zagreb, 2007.

- [27] M. Davidovic, G. Sevo, P. Svorcan, D. P. Milosevic, N. Despotovic, P. Erceg, Old age as a privilege of the “selfish ones”, *Aging and disease*, 2010, 1(2):139–146
- [28] K. Jin, *Modern Biological Theories of Aging*, *Aging and disease*, 2010, 1(2): 72–74
- [29] M. S. Lipsky, M. King, Biological theories of aging, *Disease-a-Month*. 2015 Nov 1, 61(11): 460–466
- [30] I. Franco, M. Eriksson, Reverting to old theories of ageing with new evidence for the role of somatic mutations, *Nature Reviews Genetics*, 2022 Nov, 23.11: 645-646
- [31] J. Viña, C. Borrás, J. Miquel, Theories of ageing, *IUBMB Life*, 2007, 59(4–5): 249–254
- [32] I. Afanas'ev, Signaling and Damaging Functions of Free Radicals in Aging-Free Radical Theory, Hormesis, and TOR, *Aging and Disease*, 2010 Oct, 1(2): 75–88
- [33] E. Veal, T. Jackson, H. Latimer, Role/s of ‘Antioxidant’ Enzymes in Ageing, In: Harris, J., Korolchuk, V. (eds) *Biochemistry and Cell Biology of Ageing: Part I Biomedical Science. Subcellular Biochemistry*, vol 90. Springer, Singapore, 2018.
- [34] B. T. Weinert, P. S. Timiras, Invited Review: Theories of aging. *Journal of Applied Physiology*, 2003 Oct; 95(4):1706–1716
- [35] T. Fulop, J. M. Witkowski, G. Pawelec, C. Alan, A. Larbi, On the Immunological Theory of Aging, In: *Aging: Facts and Theories*, L. Robert, T. Fulop (eds), Karger, 2014.
- [36] S. Agarwal, P. J. Busse, Innate and adaptive immunosenescence, *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 2010 Mar 1, 104(3):183–190
- [37] G. E. Alkema, D. E. Alley, Gerontology's Future: An Integrative Model for Disciplinary Advancement, *The Gerontologist*, 2006 Oct 1, 46(5): 574–582
- [38] A. Giddens, *Sociologija*, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 2007.
- [39] G. A. Mulley, History of Geriatrics and Gerontology, *European Geriatric Medicine*, 2012 Aug 1, 3(4):225–227
- [40] G. Soulis, Y. Kotovskaya, G. Bahat, S. Duque, R. Gouiaa, A. W. Ekdahl, Sieber, C., M. Petrovic, A. Benetos, Geriatric care in European countries where geriatric medicine is still emerging. *European Geriatric Medicine*, 2021 Feb 1, 12(1): 205-211

- [41] A. Stoop, M. Lette, P. F. van Gils, G. Nijpels, C. A. Baan, S. R. de Bruin, Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review, *Health & Social Care in the Community*, 2019, 27(5):549–566
- [42] R.J. Karasik, C. Androletti, H. Baker, T. Caprio, A. M. Ogletree, The Path Forward: Refining Gerontology and Geriatrics Education, *Gerontology & Geriatrics Education*, 2023 Apr 3, 44(2):151–153
- [43] S. Watkins, J. Raisborough, R. Connor, Aging as Adaptation, *The Gerontologist*, 2023 Dec 1, 63(10):1602–1609
- [44] M. Šilje, J. Sindik, Uzroci i faktori rizika depresije kod starih osoba, *Hrvatski Časopis za javno zdravstvo*, 2013 Apr 7, 9(34):33–40
- [45] M. Bara, S. Podgorelec, Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja, *Etnološka tribina*, 2015 Dec 18, 45(38):58–71
- [46] N. Žganec, S. Rusac, M. Laklija, Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske Unije, *Croatian Journal of Social Policy*, 2008 Jun 27, 15(2):171–188
- [47] J. Despot Lučanin, *Iskustvo starenja: doprinos teoriji starenja*, Naklada Slap, Zagreb, 2003.
- [48] M. D. Frías-Luque, A. Toledano-González, Determinants of quality of life and well-being in cognitively unimpaired older adults: a systematic review, *PeerJ*. 2022 Feb 10, 10:e12900
- [49] S. Sharifi, K. Babaei Khorzoughi, M. Rahmati, The association between intergenerational relationships and depression among older adults: A comprehensive systematic literature review, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2024 Apr 1, 119:105313.
- [50] S. Sharifi, K. Babaei Khorzoughi, B. Khaledi-Paveh, M. Rahmati, Association of intergenerational relationship and supports with cognitive performance in older adults: A systematic review, *Geriatric Nursing*, 2023 Jul 1, 52:146–151
- [51] H. Y. Wu, A. F. Chiou, Social media usage, social support, intergenerational relationships, and depressive symptoms among older adults, *Geriatric Nursing*, 2020 Sep 1, 41(5):615–621
- [52] Z. Pan, J. K. Chen, Association of Received Intergenerational Support with Subjective Well-Being among Elderly: The Mediating Role of Optimism and Sex Differences, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022 Jan; 19(13):7614
- [53] J. Cadieux, A. L. Chasteen, D. J. Packer, Intergenerational Contact Predicts Attitudes Toward Older Adults Through Inclusion of the Outgroup in the Self, *The Journals of Gerontology: Series B*, 2019 Apr 12, 74(4):575–584

- [54] L. Chu, J. C. Lay, V. H. L. Tsang, H. H. Fung, Attitudes Toward Aging: A Glance Back at Research Developments Over the Past 75 Years, *The Journals of Gerontology: Series B*, 2020 Jun 2, 75(6):1125–1129
- [55] R. Bužgová, R. Kozáková, K. Bobčíková, Predictors of attitudes towards aging in elderly living in community care, *BMC Geriatrics*, 2024 Mar 18, 24:266
- [56] A. Officer, J. A. Thiyagarajan, M. L. Schneiders, P. Nash, V. de la Fuente-Núñez, Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020 Jan, 17(9):3159
- [57] M. Tassinari, M. B. Aulbach, I. Jasinskaja-Lahti. The use of virtual reality in studying prejudice and its reduction: A systematic review, *PLoS One*. 2022, 17(7):e0270748
- [58] C. Sánchez Palacios, M. V. Trianes Torres, M. J. Blanca Mena, Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2009 May 1, 48(3):385–390
- [59] P. Rasset, J. Mange, M. Augustinova, What do we really know about age-related stereotypes and well-being of older adults? A commentary on the state of the art. *Frontiers in Psychology*, 2024 May 13, 15:1358403
- [60] M. Reissmann, L. Geithner, A. Storms, C. Woopen, Stereotypes about very old people and perceived societal appreciation in very old age, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2021 Nov 1, 54(2):93–100
- [61] M. Tomečak, A. Štambuk, S. Rusac, Promišljanje starenja i starosti – predrasude, mitovi i novi pogledi, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 2014 Jul 8, 50(1):36–53
- [62] F. Previtali, K. Keskinen, M. Niska, P. Nikander, Ageism in Working Life: A Scoping Review on Discursive Approaches, *The Gerontologist*, 2022 Mar 1, 62(2):e97–111
- [63] L. P. Brinkhof, S. de Wit, J. M. J. Murre, H. J. Krugers, K. R. Ridderinkhof, The Subjective Experience of Ageism: The Perceived Ageism Questionnaire (PAQ), *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022 Jan, 19(14):8792
- [64] A. S. Graf, A. Knepple Carney, Ageism as a Modifying Influence on COVID-19 Health Beliefs and Intention to Social Distance, *Journal of Aging and Health*, 2021 Aug 1, 33(7–8):518–530
- [65] S. Marques, J. Mariano, J. Mendonça, W. De Tavernier, M. Hess, L. Naegele, F. Peixeiro, D. Martins, Determinants of Ageism against Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020 Jan, 17(7):2560

- [66] E. Comincioli, E. Hakoköngäs, M. Masoodian, Identifying and Addressing Implicit Ageism in the Co-Design of Services for Aging People, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022 Jan, 19(13):7667
- [67] H. M. Gans, M. Horhota, A. L. Chasteen, Ageism against Older Adults: How do Intersecting Identities Influence Perceptions of Ageist Behaviors?, *Journal of Applied Gerontology*, 2023 Jun 1, 42(6):1191–1199
- [68] J. O. Allen, E. Solway, M. Kirch, D. Singer, J. T. Kullgren, P. N. Malani, The Everyday Ageism Scale: Development and Evaluation, *Journal of Aging and Health*. 2022 Mar 1, 34(2):147–157
- [69] L. Lenchik, L. Steinbach, R. D. Boutin, Ageism in Society and Its Health Impact, *American Journal of Roentgenology*, 2023 Jul, 221(1):137–138
- [70] B. R. Kim, H. H. Hwang. Analysis of Major Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in Korea in Preparation for a Super-Aged Society. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022 Aug 4, 19(15):9618
- [71] S. Podgorelec, Perspektiva životnog puta u istraživanjima starenja i migracija, *Migracijske i etničke teme*, 2020, 36(2–3):135–154
- [72] B. Popović, T. Zavidčić, N. Radošević Quadranti, G. Pelčić, Kvaliteta života u starijih osoba, *Jahr–European Journal of Bioethics*, 2023, 14(2):315–324
- [73] I. Tucak Junaković, M. Nekić, Percepcija uspješnog starenja u starijih osoba. *Acta Iadertina*. 2016;13(2):0–0
- [74] L. Brajković, D. Korać, D. Vučenović, Starenje i kvaliteta života umirovljenika, *Kroatologija*, 2023 Jul 1, 14(1):197–218
- [75] P. Martin, N. Kelly, B. Kahana, E. Kahana, B. J. Willcox, D. C. Willcox, L. W. Poon, Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept?, *The Gerontologist*, 2015 Feb 1, 55(1):14–25
- [76] I. Mollinedo-Cardalda, A. L. Rodríguez, M. Ferreira, J. M. Cancela-Carral, Benefits of STRENOLD Program on Health-Related Quality of Life in Adults Aged 60 Years or Older. In *Common Sport Study*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18.6: 3253
- [77] A. Szychowska, W. Drygas, Physical activity as a determinant of successful aging: a narrative review article, *Aging Clinical and Experimental Research*, 2022, 34.6: 1209-1214
- [78] D. Cucinotta, Preparing for the Decade of Healthy Aging (2020-2030): prevention plus therapy?, *Acta Bio Medica*, 2018 Jun 7, 89(2):145–147
- [79] S. Carmel, Health and Well-Being in Late Life: Gender Differences Worldwide, *Frontiers in Medicine*, 2019 Oct 10, 6:218

- [80] V. Vasiljev Marchesi, A. Racz, L. Bilajac, D. Roviš, T. Rukavina, Kvalitativno istraživanje stavova o starenju i potrebama osoba starije životne dobi u Gradu Rijeci: javnozdravstveni i bioetički aspekti, *Medicina Fluminensis*. 2019 Sep 1, 55.3:247–259
- [81] H. Arai, Y. Ouchi, M. Yokode, H. Ito, H. Uematsu, F. Eto, S. Oshima, K. Ota, Y. Saito, H. Sasaki, K. Tsubota, H. Fukuyama, Y. Honda, A. Iguchi, K. Toba, T. Hosoi, T. Kita, Toward the realization of a better aged society: Messages from gerontology and geriatrics, *Geriatrics & Gerontology International*. 2012, 12(1):16–22

11. Popis slika

Slika 2.1. Znakovi starenja vidljivi na koži lica	6
Slika 6.1. Uspješan model starenja Rowea i Kahna, 1997.	27
Slika 7.5.1.1. Spol ispitanika	34
Slika 7.5.2.1. Dob ispitanika.....	35
Slika 7.5.3.1. Obrazovanje ispitanika	36
Slika 7.5.4.1. Mjesečna mirovina ispitanika.....	37
Slika 7.5.5.1. Život u kućanstvu	38
Slika 7.5.6.1. Prijevoz.....	39
Slika 7.5.7.1. Kondicija	40
Slika 7.5.8.1. Dostupne službe.....	41

12. Popis tablica

Tablica 7.5.1.1. Spol	34
Tablica 7.5.2.1. Dob.....	35
Tablica 7.5.3.1. Obrazovanje	36
Tablica 7.5.4.1. Mjesečna mirovina	37
Tablica 7.5.5.1. Život u kućanstvu.....	38
Tablica 7.5.6.1. Prijevoz	39
Tablica 7.5.7.1. Kondicija	40
Tablica 7.5.8.1. Dostupne službe	41

UPITNIK – KVALITETA ŽIVOTA STANOVNIKA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

Poštovani,

Poradi procjene kvalitete života stanovnika starije dobi Varaždinske županije, molimo Vas da ispunite ovaj upitnik koji je pred Vama. Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno i anonimno te možete u bilo kojem trenutku odustati. Rezultati istraživanja bit će u potpunosti anonimizirani, a koristit će se za unaprijeđenje kvalitete života osoba starije dobi te za znanstvene i stručne publikacije.

Autori istraživanja su izv. prof. dr. sc. Marijana Neuberg i izv. prof. dr. sc. Tomislav Meštrović sa Sveučilišta Sjever te Varaždinska županija.

1. Vaš spol je:

- a) Muški
- b) Ženski
- c) Ne želim se izjasniti

2. Vaša dob je _____ (upišite na crtu)

3. Najviša razina Vašeg obrazovanja je:

- a) Nemam završenu osnovnu školu
- b) Osnovna škola
- c) Srednja škola
- d) Neki oblik visokog obrazovanja iznad srednje škole

4. Vaša mjesečna mirovina iznosi:

- a) Ne primam mirovinu
- b) Ispod 300 eura
- c) Od 301 do 500 eura
- d) Od 501 do 700 eura
- e) Od 701 do 1000 eura
- f) Iznad 1000 eura

5. U svojem kućanstvu:

- a) Živim sam/a
- b) Živim sa suprugom ili partnerom
- c) Živim sa suprugom i svojom djecom
- d) Živim sa djecom i/ili unucima
- e) Ostalo _____ (upišite na crtu)

6. Kada Vam je potreban prijevoz do većeg grada ili za slobodno vrijeme:

- a) Koristim osobni automobil (sam/a vozim)
- b) Koristim osobni automobil (voze me djeca/unuci)
- c) Koristim autobus
- d) Koristim vlak
- e) Nemam prijevozno sredstvo kojim mogu ići i nikud ne odlazim
- f) Nemam prijevozno sredstvo kojim mogu ići te sam ovisan/na o rodbini i prijateljima da me odvezu

7. Kako bi opisali svoju kondiciju?

- a) Mogu svakodnevno **brzo hodati do 1 sat** bez umaranja (zaduha i ubrzano kucanje srca)
- b) Mogu svakodnevno **umjereno hodati do 1 sat** bez umaranja uz zaduhu i ubrzano kucanje srca)
- c) Kod **lagane šetnje od 15 minuta** osjećam zaduhu i ubrzano kucanje srca

8. Za koje službe znadete da postoje u Vašem mjestu stanovanja za pomoć osobama starije dobi?

- a) Centar za socijalnu skrb za savjet oko pravnih i socijalnih pitanja
- b) Njegovatelj/ice za skrb o zdravstvenim potrebama
- c) Gerontodomačice za pomoć kod dostave namirnica
- d) Volonteri za razgovor, druženje i prijevoz
- e) Crveni križ
- f) Udruga umirovljenika
- g) Gerontološki centar
- h) Ne znam postoje li ikakve službe
- i) Nema nikakvih služba za pomoć osobama starije dobi u mom mjestu stanovanja

Molimo Vas da **zacrnete kružić** za svaku tvrdnju. Odaberite odgovor koji najbolje opisuje što od navedenog vrijedi za Vas u Vašem mjestu stanovanja.

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
Obiteljski lječnik mi je blizu mjesta stanovanja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ljekarna mi je blizu mjesta stanovanja.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mogu si priuštiti izlet ili odlazak u kazalište sa prijateljima jednom mjesečno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idem na godišnji odmor izvan mjesta prebivališta (more) najmanje jednom godišnje.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ako sam usamljen/a poznajem stručnjake u mjestu stanovanja kojima se mogu javiti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Javne službe u mjestu stanovanja prilagođene su potrebama osoba starije dobi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moje mjesto dobro je povezano prijevozom do većeg središta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
Smještaj u kojem živim udovoljava mojim potrebama i očekivanjima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mogu si priuštiti voće 2 puta na dan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mogu si priuštiti ribu jednom tjedno.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Od mirovine mogu nešto i uštedjeti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Molimo Vas da zacrnite kružić za svaku tvrdnju. Odaberite odgovor koji najbolje opisuje što od navedenog utječe na kvalitetu života u Vašem mjestu stanovanja, ukoliko tog nema označite taj odgovor.

	Jako utječe	Ne utječe	Nisam siguran/na	Nema tog u mom mjestu stanovanja
Dostupnost zdravstvenih usluga (liječnika, ljekarne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prometna povezanost Vašeg mjesta sa većim središtem (autobus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivnosti za osobe starije dobi (primjeri kao što su pjevanje i ručni rad)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grupe za tjelesnu aktivnost (primjeri kao što su nordijsko hodanje i vježbanje u grupi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Češći obilasci patronažne sestre u Vašoj kući	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Izgradnja doma za starije u Vašem mjestu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edukacija osoba starije dobi o korištenju modernih tehnologija (Internet i dr...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Edukacija osoba starije dobi o zdravstvenim temama i bolestima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kratki upitnik o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF)

Razmišljajući o svemu dobrom i lošem što se događa u Vašem životu, kako biste ocijenili kvalitetu svog života u cijelosti?

	Izuzetno dobra	Dobra	U redu	Loša	Jako loša
Moja kvaliteta života je:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Molimo Vas da označite jedan okvir u svakom redu. Odaberite odgovor koji najbolje opisuje Vas/Vaše stavove. Nema ispravnih ili pogrešnih odgovora. Hvala na sudjelovanju!

	Uopće se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem niti ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
Općenito uživam u svom životu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radujem se različitim stvarima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dovoljno sam zdrav/zdrava da izađem i krećem se.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moja obitelj, prijatelji ili susjed bi mi pomogli ako bih trebao/la.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imam društvene ili slobodne aktivnosti, tj. hobije koje volim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trudim se ostati uključen/ključena u različite stvari i aktivnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dovoljno sam zdrav/zdrava da imam svoju neovisnost.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mogu birati što ću raditi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osjećam se sigurno gdje živim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uživam u svom domu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prihvaćam život onakav kakav jest te izvlačim najbolje iz toga.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osjećam se sretno u usporedbi s većinom ljudi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imam dovoljno novaca da platim režije i kućanske troškove.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sveučilište
Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Marina Pavlaković (*ime i prezime*) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Percepcija i zadovoljstvo s kvalitetom života u lokalnom okruženju osoba starije životne dobi (*upisati naslov*) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(*upisati ime i prezime*)

Marina Pavlaković

(*vlastoručni potpis*)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.