

Kvaliteta života osoba treće životne dobi u ruralnoj zajednici

Bogdan, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:813366>

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

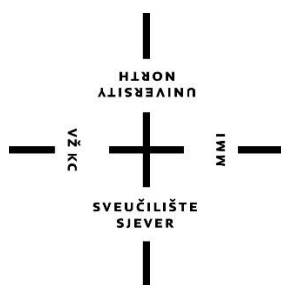
Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





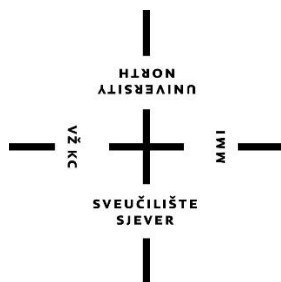
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 999/SS/2018

Kvaliteta života osoba treće životne dobi u zajednici

Valentina Bogdan, 0737/336

Varaždin, rujan 2018. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 999/SS/2018

Kvaliteta života osoba treće životne dobi u zajednici

Student

Valentina Bogdan, 0737/336

Mentor

Ivana Živoder, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Valentina Bogdan	MATIČNI BROJ	0737/336
DATUM	16.07.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega u zajednici
NASLOV RADA	Kvaliteta života osoba treće životne dobi u ruralnoj zajednici		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The quality of life of the elderly in the rural community		
MENTOR	Ivana Živoder, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	- Melita Sajko, dipl.med.techn., predsjednik - Ivana Živoder, dipl.med.techn., mentor - doc.dr.sc. Zoran Peršec, član - doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član		

Zadatak završnog rada

BROJ 999/SS/2018

OPIS

Starenje je fiziološki i individualan proces neizbježnih promjena kada vitalne funkcije počinju opadati, a intelektualne funkcije se smanjuju. Prema smjernicama SZO, smatra se da su osobe treće životne dobi, osobe starije od 65 godina. Velike promjene u kulturi, socioekonomski i demografski aspekti društva tijekom posljednjih desetljeća uvjetovali su porast starije populacije te je starenje stanovništva sve aktualnija tema današnjice. S obzirom na rastući broj starije populacije postavlja se pitanje: "Je li kvaliteta života odrednica dugovječnosti?" Dugovječnost je u potpunosti vezana uz kvalitetu života. Ukoliko je kvaliteta života adekvatna veća je vjerojatnost zadovoljavajućeg života. Stoga, glavni cilj ovog rada jest promatrati stanovništvo treće životne dobi na području ruralne zajednice i utvrditi kvalitetu života te njezin utjecaj na življenje.

ZADATAK URUČEN

28.8.2018.



[Signature]

Zahvala

Velika zahvalnost poštovanoj mentorici dipl. med. techn. Ivani Živoder na nesebičnoj pomoći, podršci, savjetima te kolegijalnom odnosu pri izradi ovog rada.

Također, zahvaljujem prijateljici Sanji koja je uvijek bila uz mene.

Posebnu zahvalnost upućujem bratu Dini koji me upućivao na pravi put.

I na kraju, najveća zahvalnost baki Danici i djedu Matiji koji su uvijek bili tu uz mene, koji su mi omogućili bezbrižno školovanje i bez kojih ništa od ovog ne bi bilo moguće.

Veliko hvala svima!

Sažetak

U procesu starenja događaju se različite promjene na fizičkom, psihičkom i socijalnom području života. Sve promjene odražavaju se na sposobnosti starijih osoba u zadovoljenju osnovnih životnih potreba i svakodnevnih aktivnosti. Obzirom da je starenje individualan proces koji se odvija različitom dinamikom, u populaciji starijih osoba prisutne su različite karakteristike koje se manifestiraju u njihovom fizičkom izgledu, kognitivnom funkcioniranju i ponašanju. U tom kontekstu važno je procijeniti kako prirodni proces starenja utječe na doživljaj zadovoljstva komponentama i životom općenito, te kako se odražava na kvalitetu života. Kvaliteta života predstavlja multidimenzionalni koncept kojeg određuju subjektivni doživljaj različitih aspekata života i objektivni mjerljivi indikatori. Za provedbu istraživanja i u svrhu izrade ovog rada kreiran je upitnik od 39 čestica kojima su na prigodnom uzorku starijih osoba (N=39) iz ruralne sredine prikupljeni podatci o pojedinim čimbenicima kvalitete života. Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati kako osobe treće životne dobi u ruralnoj sredini procjenjuju zadovoljstvo određenim segmentima vezanima uz kvalitetu života. Rezultati istraživanja pokazuju da su ispitanici uglavnom zadovoljni vlastitim životom i procjenjivanim aspektima života, te da nema statistički značajnih razlika u odnosu na dob i spol ispitanika. To se odnosi na zadovoljstvo materijalnim stanjem, zadovoljstvo bliskošću i odnosima s drugim ljudima te osjećajem sigurnosti, zadovoljstvo osjećajem pripadnosti zajednici i njihovo emocionalno blagostanje i osjećaj sreće. Sudionici ovog istraživanja najvažnijim područjima života procjenjuju zdravlje, bliske odnose s drugim ljudima, pripadnost zajednici i emocionalno blagostanje i osjećaj sreće.

Ključne riječi: kvaliteta života, zadovoljstvo životom, osobe treće životne dobi, starost

Abstract

In the process of aging there are various changes in physical, psychological and social aspects of life. All changes reflect on the ability of elderly people to meet basic living needs and perform everyday activities. Given that aging is an individual process that takes place in different dynamics, there are various characteristics in the elderly population that manifest themselves in their physical appearance, cognitive functioning and behavior. In this context, it is important to evaluate how the natural aging process affects the satisfaction with its components and life in general, and how it reflects on the quality of life. Quality of life is a multidimensional concept determined by subjective experience of different aspects of life and objective measurable indicators. In order to carry out the research and for the purpose of this work, a questionnaire of 39 particles was created, which provided information on certain factors of quality of life on a suitable sample of elderly people ($N = 39$) from the rural environment. The aim of the research was to examine how elderly people in the rural environment assess contentment with certain segments related to quality of life. Research results show that respondents are mostly content with their own life and assessed aspects of life, and that there are no statistically significant differences in age and gender among respondents. This refers to contentment with the material conditions, with the equanimity and relations with other people and with the sense of security, to contentment with the affiliation to the community and their emotional well-being and happiness. Participants in this research assess health, close relationships with other people, community affiliation, emotional well-being and happiness as most important areas of life.

Key words: quality of life, contentment with life, elderly people, age

Popis korištenih kratica

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
npr.	Naprimjer
HZZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale Instrument za ispitivanje subjektivne kvalitete života
HRQoL	Health Related Quality of Life Kvaliteta života povezana sa zdravljem
EU	Europska unija
SAD	Sjedinjene Američke države
WHO	World Health Organisation
OHIP	Oral Health Impact Profile Profil oralnog zdravlja
KOPB	Kronična opstruktivna plućna bolest

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Starenje i kvaliteta života.....	3
2.1.	Starenje i starost	3
2.2.	Obilježja starenja.....	4
2.3.	Definiranje i pojmovno određivanje kvalitete života	5
2.4.	Čimbenici kvalitete života u kontekstu sociodemografskih i osobnih obilježja osoba treće životne dobi	11
2.5.	Socijalna uključenost i kvaliteta života starijih osoba	13
2.6.	Tjelesno i psihičko zdravlje u funkciji kvalitete života osoba treće životne dobi	14
2.7.	Financijske prilike i kvaliteta života osoba treće životne dobi.....	17
3.	Istraživanje.....	21
3.1.	Cilj istraživanja.....	21
3.2.	Problemi i hipoteze istraživanja	21
3.3.	Metode rada.....	21
3.3.1.	Ispitanici i postupak.....	21
3.3.2.	Mjerni instrument.....	22
3.3.3.	Statistička obrada	22
4.	Rezultati	23
5.	Rasprava	31
6.	Zaključak.....	33
7.	Literatura	34

1. Uvod

Kvaliteta života često je istraživano područje u brojnim znanstvenim disciplinama, a povezano je s različitim međuzavisnim životnim aspektima. Da je interes za područje kvalitete života velik pokazuje i značajan broj radova koji su usmjereni različitim geografskim, ekonomskim, psihološkim, socijalnim i zdravstvenim aspektima kvalitete života. Svi oni zaključuju značajnu povezanost i neposredni utjecaj čimbenika životnih uvjeta na procjenu kvalitete života. Najčešće se kvaliteta života istražuje u kontekstu čimbenika koji opisuju zdravstvene, socijalne i ekonomske uvjete pojedinaca i skupina. S tim u vezi najčešće procjene kvalitete života odnose se na zdravstvene aspekte koji se povezuju s trajanjem i jačinom određenih simptoma i tegoba te medicinskim intervencijama i načinom liječenja[1]. Tu valja posebno istaknuti različita kronična oboljenja i maligne bolesti koje zahtijevaju posebice intenzivno i dugotrajno liječenje. Često su oboljenja vezana uz potrebu hospitalizacija i odvajanja iz životnih sredina i obitelji bolesnika. Što se tiče socijalnih aspekata kvalitete života možemo naglasiti međusobne interakcije pojedinaca s članovima njihove uže i šire obitelji, s njihovim rođacima, susjedstvom i prijateljima. Zbog standarda života i povećane migracije mlađeg stanovništva, koje je uvjetovano potragom za ekonomskom sigurnosti i izgrađivanjem karijere, dolazi do razdvajanja obitelji, pa tako starije osobe često ostaju živjeti same u vlastitim domovima ili budu smještene u organizirano stanovanje i skrb[2]. Ekonomski aspekt kvalitete života odnosi se na financijska primanja pojedinaca neovisno jesu li u radnom odnosu ili umirovljeni, njihovi životni i materijalni uvjeti, dostupnost sredstava za život i sl.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao percepciju stanja u životu svakog pojedinca u kontekstu kulturnih i vrijednosnih sustava kojemu pripada i u relaciji s osobnim ciljevima, očekivanjima i standardima[1]. Prema istim autorima, kvaliteta života predstavlja opsežni koncept koji u sebi sadrži aspekte fizičkog zdravlja, psihološkog stanja, stupnja neovisnosti i socijalnih odnosa, te osobnih vjerovanja pojedinaca i njihovih odnosa prema istaknutim značajkama okoline u kojoj se nalaze. One ističu, u kontekstu termina i čimbenika koji doprinose kvaliteti života, multidimenzionalnosti koncepta i percepciju pojedinca o različitim aspektima njegovog života[1]. Iako se autori opredjeljuju za različite aspekte kvalitete života, suglasni su da je sam koncept multidimenzionalan, te da ga neizostavno određuju subjektivni doživljaj i objektivni mjerljivi indikatori.

Ovaj rad usmjeren je procjeni nekih čimbenika kvalitete života osoba treće životne dobi jer se upravo kod starijih osoba događa najviše promjena u zdravstvenom stanju i njihovom funkcioniranju te su starije osobe podložnije nepovoljnim uvjetima i promjenama koje im se događaju.

Istraživanja su pokazala da se starije osobe očekivano susreću s više zdravstvenih teškoća, a zbog fiziološkog starenja i gubitka funkcionalnih sposobnosti te motoričkih vještina, češće im je potrebna podrška iz okoline. U odnosu na mjesto stanovanja smatra se da su starije osobe u seoskim sredinama izloženije nepovoljnim uvjetima koji djeluju na doživljaj kvalitete i procjenu zadovoljstva životom. Ovdje je važno istaknuti mogućnosti održavanja socijalnih kontakata, socio-ekonomske uvjete života i dostupnost zdravstvene zaštite.

U skladu s definicijom kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj u procjeni kvalitete života važnu ulogu imaju osobna vjerovanja pojedinaca i njihov odnos prema istaknutim značajkama okoline u kojoj žive, ovaj rad usmjeren je ispitivanju razlika procjene zadovoljstva životom u odnosu na kronološku dob i spol osoba starije životne dobi putem kreiranog upitnika. Procjena zadovoljstva vrši se na područjima materijalnog blagostanja, zdravlja, bliskosti i odnosima s drugim ljudima, osjećaja sigurnosti i pripadnosti zajednici, emocionalnog blagostanja i osjećaja sreće. Kroz ta se područja nastoji procijeniti opće zadovoljstvo životom i važnost koju ispitanici treće životne dobi pridaju pojedinom od tih područja. Nadalje su u radu ispitani aspekti zadovoljstva dosadašnjim životnim postignućima i ostvarenjima te zadovoljstvo materijalnim i financijskim uvjetima.

U svrhu procjene zadovoljstva i kvalitete života provedeno je istraživanje baze podataka i literature na temelju čega su postavljeni istraživački problemi i hipoteze istraživanja. Podatci su obrađeni SPSS statističkim paketom za osobna računala, a rezultati su u obliku relativnih vrijednosti prikazani tablično i grafički. Primijenjeni su statistički testovi za utvrđivanje razlika među ispitanicima prema zadanim kriterijima.

2. Starenje i kvaliteta života

2.1. Starenje i starost

Razvoj medicine i tehnologije, kvalitetnija zdravstvena zaštita i brojni drugi čimbenici suvremenog života i napretka osigurali su produljenje ljudskog života. Taj uspjeh praćen je daljnjim nastojanjima da se produljenjem kronološke dobi održi i postojeća kvaliteta života. No, u tome ljudski rod nije potpuno uspješan jer smo svjedoci da sve više starijih osoba treba neki oblik pomoći u zadovoljenju vlastitih bioloških potreba. Ne čudi stoga da se starenje smatra demografskim prediktorom smanjenja kvalitete života[2].

Možemo se složiti da je starenje prirodni proces koji je prisutan kod svih živih bića. Sukladno tome, uobičajeno je starenje opisivati kao progresivan, stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava[3]. Isto tako, starenje je prirodna, normalna fiziološka pojava koja se kod svakog čovjeka odvija individualno jer svaki čovjek drugačije stari.[3] Poznato je naime da neke rase i skupine ljudi žive dulje od drugih, a također i da ljudska populacija u prosjeku postaje sve starija. Starenje je tijekom života nepovratno propadanje struktura i slabljenje funkcija organizma, smanjenje psihofizičkih svojstava, te smanjenje sposobnosti adaptacije i reakcije. Starost je jedno određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi, dok je starenje progresivan proces[4].

Područje Republike Hrvatske praćeno je nepovoljnim demografskim karakteristikama čemu doprinosi smanjeni fertilitet, prirodna depopulacija i izrazito starenje stanovništva[5]. Promjene sastava stanovništva Republike Hrvatske u odnosu na dob zbivaju se usporedno kroz demografski proces smanjivanja udjela mladih uz istovremeno povećavanje udjela starog stanovništva[5]. Radi se o starenju stanovništva ili demografskom starenju što podrazumijeva povećanje udjela stanovništva starog 60 i više ili 65 i više godina u ukupnom stanovništvu[5]. Starenje ukupnog stanovništva u Hrvatskoj već dulje traje, a početak se smatra oko 60-ih godina 20. stoljeća. Prema popisu koji je proveden 1961. bilo je 11,8% stanovnika u dobi od 60 i više godina. U razdoblju do 1971. istovremeno je uz rast udjela starih u ukupnom stanovništvu došlo i do smanjenja broja mladih (do 14 godina starosti), a što je pak relevantan pokazatelj demografskog starenja[5]. U 90-im godinama 20. stoljeća agresija na Hrvatsku i rat na njezinu teritoriju, uz sve ostale nepovoljne demografske učinke, dovodi do ubrzanog demografskog starenja stanovništva.

Indeks promjene 1981. – 2011. jasno pokazuje smanjenje broja mladih (do 34 godine, s posebno jakim smanjenjem najmlađih skupina), a s druge strane povećanje broja starih stanovnika, posebice najstarijih dobnih skupina[2,5].

U međupopisnom razdoblju od 2001. do 2011. uočeno je osjetno smanjenje udjela mladog stanovništva i povećanje udjela starog stanovništva. Podatci popisa iz 2011. pokazuju da je udjel starih u dobi 60 i više godina 24,1% dok je u 2001. godine bio 21,6%, te da je udjel starih 65 i više godina bio 17,7% u odnosu na 2001. godinu kad ih je bilo 15,7% [2,5]. Ovi podatci slični su demografskim podacima stanovništva u razvijenim europskim zemljama u odnosu na postotak udjela i starosti stanovništva. U zemljama članicama Vijeća Europe preko 60 milijuna ljudi, od ukupno 480 milijuna, osobe su starije životne dobi i taj se broj stalno povećava[2]. Autori navode da se prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije, narodi s udjelom osoba starijih od 65 godina većim od deset posto u ukupnom stanovništvu smatraju starim narodima[2,5]. Usporedbom s europskim zemljama utvrđeno je da Hrvatska spada među zemlje s najstarijom populacijom, odnosno nalazi se u skupini od deset europskih zemalja koje imaju najveći udjel starih 65 i više godina u ukupnom stanovništvu[2,5]. Sukladno navedenim podacima o broju i udjelu starijih osoba u općoj populaciji za očekivati je usmjeravanje pažnje u sve aspekte starenja i kvalitete starenja, te osmišljavanje načina za održavanje postojeće i podizanje kvalitete života populacije starije životne dobi.

2.2. Obilježja starenja

Spomenuto je ranije u tekstu da je starenje progresivan proces koji se odvija na nekoliko područja istovremeno, ali se ne odvija kod svih ljudi jednakim intenzitetom. Tako primjerice, biološko starenje ne prati jednako sve osobe određene kronološke dobi ili starosti. To se događa iz razloga što starenje kao individualan proces ne zahvaća istovremeno sve organe i organske sustave, dakle nastupa kod svakog čovjeka drugačije (Centar za gerontologiju HZZJZ)[4]. Kod nekih osoba događa se brzo, kod drugih sporije. Biološku starost i starenje karakterizira niz regresivnih promjena koje se očituju kroz trajni gubitak fizičkih sposobnosti, usporavanje reakcija na izvanjske podražaje, smanjenje otpornosti i elastičnosti tkiva, povećanje krhkosti kostiju itd. Promjene koje se događaju starenjem slabe otpornost i funkcionalnost organizma čime je povećana opasnost od oboljenja i ozljeda, a vanjska uočljiva obilježja starosti su sijeda kosa, naborana i isušena koža, pogrbljeno držanje, teški i usporeni hod i sl.[4].

U opisu starosti *Psihološka starost* definirana je s obzirom na mogućnosti prilagodbe pojedinca promjenama u njegovoj životnoj okolini. Tijekom starenja događaju se promjene u psihičkom funkcioniranju, a one se odnose na pamćenje i inteligenciju. Starije osobe često se žale da ne mogu nešto upamtiti, zaboravljaju podatke, predmete i sl.[4]. *Socijalna starost* odnosi se na izmijenjene socijalne uloge pojedinca u društvu i usko je povezana s kronološkom dobi. Starenje je proces u kojem dolazi do napuštanja društvenih uloga i preuzimanje novih koje dolaze starenjem. Ove uloge određene su društvenim normama i očekivanjima u odnosu na ponašanje osoba određene dobi. Socijalna starost u kulturnom krugu kojemu i mi pripadamo je razdoblje iznad 65 – te godine života. Starost ima negativne implikacije za osobu dospjelu u staračku dob i za društvo u cjelini. Za osobu problem socijalne starosti pored ostalog znači socijalnu marginalizaciju, često osamljenost i smanjena sredstva za život[4].

2.3. Definiranje i pojmovno određivanje kvalitete života

U nastojanjima da što korektnije opišu kvalitetu života, autori se usmjeravaju na definiciju Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) koja u svojem određenju kvalitete života naglašava da ona podrazumijeva percepciju životnih pozicija pojedinaca u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem ljudi žive, te ju razmatra u relaciji s njihovim ciljevima, očekivanjima, standardima i dr.[1,6]. To je široko razgranat koncept koji utječe na čovjeka i njegovo fizičko zdravlje, psihološko stanje, razinu neovisnosti (samostalnosti), društvene odnose i njihovu okolinu. Argumentirajući postojeće definicije kvalitete života, autori ističu osobne potrebe, izbore i kontrolu kao temelje kvalitetnog života. Kvalitetu je moguće ostvariti pod uvjetom zadovoljenja potreba i mogućnosti obogaćivanja života u glavnim životnim okruženjima tijekom života[7]. Brojni autori naglašavaju da kvalitetu života kao višedimenzionalni koncept određuju fizičko zdravlje, psihološko stanje osobe, socijalni odnosi, materijalno stanje, osobna uvjerenja i kompetentnost, te odnos prema bitnim značajkama okoline[7].

Kvaliteta života predstavlja sveobuhvatno ukupno zadovoljstvo/nezadovoljstvo vlastitim životom. To je subjektivni doživljaj svakog čovjeka koji nesumnjivo ovisi o objektivnim okolnostima u kojima netko živi, kao i sustava vrijednosti, očekivanja i težnje. Kvaliteta života odnosi se na osobno blagostanje i životno zadovoljstvo, uključujući mentalno i fizičko zdravlje[8].

Autori navode četiri osnovna aspekta kvalitete života [8]:

- fizičko blagostanje: energija, sila, funkcionalnost, spavanje, odmor
- psihičko blagostanje: koncentracija, uznemirenost, zabrinutost, depresija, žalost, ogorčenje
- socijalno blagostanje: financijska opterećenost, povratak na posao, stan, kućni budžet
- duhovno blagostanje: nada, očaj, očajanje, vjera, religioznost, pobožnost

Iz opisa kvalitete života, autori usmjeravaju shvaćanju kvalitete kao doživljaja zadovoljstva životom općenito ili samo pojedinim njegovim aspektima određenog individualnim iskustvima, aspiracijama, željama i vrijednostima pojedinca[1]. Određenju doživljaja zadovoljstva doprinose kognitivne i konativne karakteristike pojedinca te objektivni uvjeti i kojima pojedinac živi[1]. Na ovaj način subjektivnim pristupom kvaliteti života, gdje je težište na doživljaju zadovoljstva načinom života i njegovim uvjetima, te mogućnostima i ograničenjima u životu, pojedinac svoju kvalitetu života procjenjuje na osnovi doživljaja uspješnosti u ostvarenju različitih životnih uloga[1]. Pojedinac, dakle, procjenjuje svoju kvalitetu života na osnovi doživljaja uspješnosti svojih različitih životnih uloga: uloge roditelja, bračnog partnera, uloge djeteta, rođaka i sl. ili uloga vezanih za društvene aktivnosti, zanimanje, način provođenja slobodnog vremena, političko opredjeljenje itd.[6]. O važnosti subjektivne komponente u konstruktivnoj kvaliteti života pišu i drugi autori. Subjektivna komponenta upotpunjuje cjelovitost različitih područja života pojedinca[6]. Nadalje se zadovoljstvo kvalitetom života može definirati kao svjesna, subjektivna i kognitivna procjena kvalitete života od strane pojedinca, a koja se može odnositi na globalnu procjenu ili procjenu specifičnih područja života kao što su primjerice zadovoljstvo sobom, prijateljima, školom ili poslom, socijalna aktivnost, međuljudski odnosi, emocionalne veze[6].

Kvaliteta života značajno se snižava kada većina vrijednosti ili one značajne za pojedinca bivaju potisnute i nezadovoljene, što može rezultirati gubitkom kontrole u životu odnosno bespomoćnošću[6].

Jedan od vodećih autora istraživanja i razvoja koncepta kvalitete života Robert Cummins navodi da je kvaliteta života objektivna i subjektivna te da obuhvaća sedam ključnih područja života: materijalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimu, sigurnost, zajednicu i emocionalno zadovoljstvo[6].

Dva su znanstvena pristupa mjerenju kvalitete života, a to su mjerenje objektivnih okolnosti života pojedinca odnosno socijalnih indikatora ili mjerenje subjektivnog iskustva pojedinca o njegovom životu[9]. Postoji niz čimbenika koji pridonose kvaliteti života pojedinca - od okolišnih do čimbenika povezanih sa samim pojedincem, kao što je obrazovanje, mogućnost zapošljavanja, socijalni status, zdravlje itd. Subjektivne procjene kvalitete života odnose se na doživljaj dobrobiti. Dobrobit je definirana kao kognitivna i emocionalna evaluacija života[9]. Subjektivnu procjenu kvalitete života predstavlja procjena životnog zadovoljstva i sreće, koja može biti pod utjecajem mnogih individualnih i okolišnih čimbenika, a odnosi se na evaluaciju pojedinca, njegovog života i događaja, okolnosti i reakcija na njih [9]. Dobrobit može biti procijenjena kao globalna ili procjenom specifičnih domena zadovoljstva životom te procjenom pozitivnih i negativnih emocionalnih odgovora[9].

Autor Diener navodi da subjektivna dobrobit ima tri osnovne karakteristike [9]:

- subjektivna je i ovisi o iskustvu
- uključuje ne samo odsutnost negativnih doživljaja već uključuje i pozitivne doživljaje
- odnosi se na subjektivnu procjenu svih aspekata života.

Prilikom procjene zadovoljstva životom, pojedinac istražuje različite aspekte svog života i uspoređuje ih s onim čemu teži i što mu je ideal, a nakon toga procjenjuje zadovoljstvo životom u cjelini[9]. Tijekom procesa procjene pojedinci koriste osobne kriterije i skup osobnih vrijednosti koji čine razlike u cjelokupnom životnom zadovoljstvu[10]. Na razini individualnih karakteristika više procjene dobrobiti povezane su s boljim zdravljem i funkcionalnim sposobnostima, boljim odnosima s članovima obitelji i prijateljima, boljim uvjetima života, mogućnošću zapošljavanja, višim mjesečnim prihodima po članu kućanstva, bavljenjem slobodnim aktivnostima i sl.[9, 11].

Komisija za mjerenje ekonomskih učinaka i društvenog napretka (*The Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*) objašnjava „kvaliteta življenja je širi pojam od životnog standarda i ekonomske produktivnosti. Ona uključuje cijeli niz čimbenika koji oblikuju ono što cijenimo u životu i poprilično je udaljena od materijalnog. Kvaliteta življenja uključuje mogućnosti koje ljudi imaju, značenje i smisao koje pridaju svojim životima i način na koji uživaju u onome što imaju[12].“

Kvaliteta života složeni je koncept koji odlikuje višedimenzionalnost, razlika u pristupima različitih znanstvenih disciplina i/ili znanstvenika, ali i različitih društava, a rezultat čega je nepostojanje jedinstvene definicije koncepta, pa stoga i istih dimenzija i indikatora kojima se mjere[13].

Kvaliteta života kao teorijski koncept u sociologiji uključuje mnoga područja ljudskog rada i djelovanja i ovisi o brojnim čimbenicima (vanjskim i unutarnjim), te je također ovisna i o stalnim transformacijama u društvu[14]. Postignutu i postojeću razinu kvalitete stanovanja, obrazovanja, uvjeta rada, zdravlja, odmora i rekreacije (slobodnog vremena), prehrane, te opremljenosti kućanstava i neposredne okoline življenja stanovnika, može se prikazati kao pojedinačne elemente i indikatore u ukupnoj kvaliteti života[14]. Zadovoljavajuća razina pojedinog elementa kvalitete života teško može biti određena na jednak i objektivan način za ukupnu populaciju, naročito jer na nju utječu različite preferencije i osobni izbori, ali se može postići mjerenjem određenog dogovorenog minimuma za pojedinu razinu[14]. Istraživanjem kvalitete života nastoje se odrediti načini i metode za utvrđivanje objektivnih razina za većinu populacije. Tako se često mjere indikatori blagostanja ili osnovnih potreba stanovnika kao što su prehrana, zdravlje, stanovanje, uvjeti rada, odmor i rekreacija (slobodno vrijeme), obrazovanje, itd. kroz određeni broj varijabli u cilju postizanja indeksa kvalitete života[14].

Postoje dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne indikatore razine življenja ili kvalitete života društva kao cjeline, te američki, u okviru kojega su naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja[15].

Skandinavski autori usmjereni su na koncept »dobrog društva« i društvene dobrobiti kao pokazatelja kvalitete života odnosno blagostanja. Kvaliteta života na ovaj je način shvaćena kao mogućnost pristupa izvorima kojima ljudi mogu kontrolirati osobnu »razinu življenja« i njome upravljati. Izvori su definirani u terminima novca, vlasništva, znanja, psihološke i tjelesne energije, društvenih odnosa i sigurnosti[15]. Američki pristup kvaliteti života usmjeren je procjeni subjektivnih indikatora, a najvažnijim indikatorima subjektivne dobrobiti smatraju se mjere zadovoljstva i sreće[15]. Osim zadovoljstva životom općenito te stupnja sreće povezanog sa životom u cjelini, koje se vrlo često primjenjuje kao pokazatelj subjektivne dobrobiti, ispituje se i zadovoljstvo pojedinim aspektima života[15].

Standardi i kriteriji na temelju kojih se procjenjuje zadovoljstvo životom zajednički su za većinu ljudi u većini kultura, a obvezno uključuju životni standard, odnose s drugim ljudima, zdravlje i sigurnost[12]. Kvaliteta življenja širi je koncept koji obuhvaća obje komponente dobrobiti (sreću i životno zadovoljstvo), a SZO definira kvalitetu življenja kao „percepciju osobe o vlastitom životu u kontekstu kulturnog i vrijednosnog sustava u kojem živi, a s obzirom na svoje ciljeve, očekivanja i ograničenja[6,12].“ To je multidimenzionalni koncept koji obuhvaća fizičko i mentalno zdravlje, stupanj neovisnosti, socijalne odnose, osobna uvjerenja i okolicu u kojoj pojedinac živi. Ovi različiti koncepti međusobno se prožimaju, ali im je zajedničko to da uvažavaju i mjere subjektivne doživljaje pojedinaca, a ne objektivne životne okolnosti[12].

MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life Scale) je instrument za ispitivanje subjektivne kvalitete života, a razvijen je s ciljem ispitivanja općeg zadovoljstva životom te nekim specifičnim područjima života (obitelj, zdravlje, materijalni status, socijalni život i dr.)[6]. Upitnik se sastoji od 16 pitanja od kojih se 12 procjenjuje na ljestvici Likertovog tipa od 7 stupnjeva, pri čemu 1 znači „ne može biti gore“, a 7 „ne može biti bolje“ te je korišten u istraživanjima područja mentalnog zdravlja. Ovaj upitnik pripada u subjektivne procjene jer kroz ovih 12 pitanja ispitanici procjenjuju vlastito zadovoljstvo određenim aspektima života, kao što su: općenito zadovoljstvo životom, posao, financijska situacija, broj i kvaliteta prijateljstava, aktivnosti u slobodno vrijeme, smještaj, osobna sigurnost, osobe s kojima žive, seksualni život, obiteljski život, tjelesno i mentalno zdravlje[6].

Kontinuirana mjerenja i praćenje subjektivnih indikatora dobrobiti provode se u brojnim zemljama diljem svijeta, što omogućuje uspoređivanje kroz vrijeme, države i regije. Osobito su u povoljnom položaju Europljani, jer se u Europi provode brojne studije kojima je za cilj redovito pratiti različite aspekte kvalitete življenja građana[12]. Među tim studijama posebno valja istaknuti Europsku studiju vrednota (*European Values Study*), Europsko društveno istraživanje (*European Social Survey*), Europsko istraživanje kvalitete života (*European Quality of Life Survey*) i Eurobarometar (*Eurobarometer*), jer pored specifičnih indikatora koje mjere i prate, obuhvaćaju i indikatore subjektivne dobrobiti[12]. Subjektivna dobrobit odnosi se na različite tipove evaluacija koje ljudi rade procjenjujući svoj život, različite životne događaje i uvjete u kojima žive, a ona uključuje emocionalnu komponentu, izraženu kroz osjećaj sreće te kognitivnu komponentu, izraženu kroz zadovoljstvo životom, zadovoljstvo poslom ili zadovoljstvo pojedinim životnim aspektima[12].

Institut društvenih znanosti Ivo Pilar od 2008. godine provodi istraživanja mišljenja i percepcija građana o društvenim odnosima i procesima pod nazivom „Pilarov barometar hrvatskog društva“ u kojima su uključeni i indikatori subjektivne dobrobiti[12]. Budući da je Hrvatska od 2013. godine punopravna članica EU njezini građani sudjeluju i u periodičnim istraživanjima Eurobarometra.

Kvaliteta života širok je koncept povezan s različitim područjima ljudskog života, njegovim fizičkim i psihičkim zdravljem, socijalnim odnosima, osobnim vjerovanjima i očekivanjima, financijskim i stambenim uvjetima života i slično, stoga postojanje niza teorija i definicija kvalitete života, kao i upitnika za njezino mjerenje nije nimalo začuđujuće.[16] Vuletić citirajući druge autore navodi da je kvaliteta života sveukupno opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrjednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, zajedno s osobnim razvojem i svrhovitom aktivnošću, a sve vrednovano kroz osobni skup vrijednosti pojedinca[16]. Tu ističe i da je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i specifičnim životnim iskustvom osobe[16].

Kvaliteta života, odnosno življenja, može biti različita za svaku osobu, no ipak postoje činitelji oko kojih se većina autora slaže, a koji su potrebni radi procjene i vrednovanja. Mjerenjem kvalitete življenja trebalo bi utvrditi pojedinačne potrebe osobe, što se obično čini sveobuhvatnim ispitivanjem funkcionalnih sposobnosti, emocionalnog i kognitivnog stanja te socijalnog i materijalnog stanja[17].

Osnovna primjedba koja se upućuje objektivnim indikatorima kvalitete življenja jest da više ne znači uvijek i bolje, a što je bolje za pojedinca to najbolje zna on sam. Stoga se danas kao obvezna mjera kvalitete življenja uključuje i subjektivna komponenta, odnosno percepcija vlastita života. Subjektivne procjene kvalitete življenja, životnog zadovoljstva i osobne sreće danas se redovito provode u mnogim razvijenim zemljama, da bi se onima koji donose odluke o društvenim promjenama omogućio cjelovit uvid u potrebe društva i pojedinaca, te da se na primjeren način vrednuju učinci takvih promjena[18]. Redovito praćenje subjektivnih indikatora kvalitete življenja omogućuje usporedbe u vremenskim razmacima unutar jedne zajednice ili države, usporedbe među različitim društvenim skupinama i državama[19].

Životno zadovoljstvo, osobna sreća i kvaliteta življenja različite su komponente onoga što se naziva subjektivna dobrobit (*subjectivewell-being*). Životno zadovoljstvo predstavlja cjelovitu percepciju i evaluaciju vlastita života i najčešće se opisuje kao kognitivna komponenta subjektivne dobrobiti, dok s druge strane, osjećaj sreće predstavlja emocionalnu komponentu i opisuje se kao često osjećanje pozitivnih emocija[19]. Istraživanja Renwicka i suradnika upućuju na utvrđivanje kvalitete življenja kroz ispitivanje triju životnih područja; postojanje (*being*), pripadanje (*belonging*) i razvoj (*becoming*)[19]. Autori objašnjavaju da se postojanje odnosi na ono što jesmo kao pojedinci, a uključuje fizičko postojanje (fizičko zdravlje, prehrana, tjelovježba, opći izgled), psihičko postojanje (mentalno zdravlje, razmišljanje, osjećaji i percepcije) i duhovno postojanje (osobne vrijednosti i vjerovanja). Pripadanje opisuju kao način na koji se pojedinac uklapa u svoju okolicu, a uključuje fizičko pripadanje (povezanost s kućom, poslom, susjedstvom i zajednicom), psihičko pripadanje (povezanost s članovima obitelji, prijateljima, susjedima i kolegama na poslu) te pripadanje zajednici, koje se procjenjuje po dostupnosti usluga u zajednici. Razvoj se odnosi na aktivnosti koje pojedinac poduzima da bi ostvario svoje ciljeve, očekivanja i nade, a uključuje praktične aktivnosti (kućanski poslovi, obrazovanje, volonterski rad, usluge zdravstvene skrbi), razonodu (aktivnosti koje čovjek obavlja u slobodno vrijeme, rekreacija) i osobni rast, koji se procjenjuje po aktivnostima koje pojedinac poduzima da bi poboljšao svoje znanje i sposobnosti[19].

2.4. Čimbenici kvalitete života u kontekstu sociodemografskih i osobnih obilježja osoba treće životne dobi

Proučavanje objektivnih i subjektivnih činitelja kvalitete života važno je jer su objektivne okolnosti relativno trajni uvjeti koji određuju mogućnost zadovoljenja potreba pojedinaca (materijalni status, prirodna okolina u kojoj živi, osobna sigurnost) te životni događaji koji utječu na postizanje ciljeva koji su toj osobi relevantni (bolest, gubitak posla, smrt voljene osobe itd.)[15]. Način na koji neka osoba percipira i reagira na određenu objektivnu situaciju, ovisi i o osobinama ličnosti jer neki ljudi u objektivno istoj situaciji mogu biti uznemireniji od drugih, a sustav vrijednosti pojedinca određuje koji su aspekti objektivne situacije bitni za njegovo zadovoljstvo životom[15].

Demografske varijable kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status i socioekonomski status mogu uvjetovati neke razlike u objektivnim životnim uvjetima i načinu na koji pojedinac doživljava i procjenjuje kvalitetu svoga života. Utjecaj demografskih varijabli na subjektivnu kvalitetu života ispitan je u brojnim studijama, koje su pokazale različite obrasce povezanosti u

različitim kulturama[15]. Spolne razlike u subjektivnoj kvaliteti života obično su neznčajne ili relativno male, a istraživanja u kojima su nađene statistički značajne spolne razlike dala su nekonzistentne rezultate[15].

I kad su posrijedi dobne promjene u subjektivnoj kvaliteti života, rezultati istraživanja donekle su nekonzistentni, no u ispitivanju na hrvatskim uzorcima sudionika uglavnom je utvrđeno postojanje negativne povezanosti dobi i zadovoljstva životom [15].

Analizirajući ulogu prostora pri procjeni kvalitete života autori zaključuju da prostorna dimenzija ima važnu ulogu pri određivanju ukupne kvalitete života pojedinca[13]. Visoka značajnost prostornih varijabli potvrdila je da prostorna struktura i odnosi te okoliš imaju veći utjecaj na zadovoljstvo životom no što se to ranije mislilo, točnije podjednako koliko i socioekonomski ((ne)zaposlenost) i sociodemografski čimbenici (bračni status)[13].

U svom radu Leutar, Štambuk i Runac prenose zaključke da psihosocijalno naglašava dinamiku odnosa između psiholoških i socijalnih utjecaja, pri čemu svaki od njih kontinuirano utječe na onaj drugi. Nadalje, naglašava da je svaka osoba integracija psiholoških komponenti (um, misli, osjećaji i ponašanje) i socijalnog svijeta koji stvara kontekst razvoja pojedinca kroz neposredno socijalno okruženje, kulturu, ekonomiju, tradiciju, duhovnost, interpersonalne odnose u zajednici i s prijateljima, životne zadaće[17].

Osobna obilježja kao što su spol, dob i socijalni status snažne su posredujuće varijable koje djeluju ne samo na uvjete življenja ljudi, već i na njihova očekivanja i vrijednosti, tj. na njihovo subjektivno viđenje onoga što čini dobru ili lošu kvalitetu življenja[17]. Rezultati istraživanja kvalitete života osoba s invaliditetom i starijih osoba s obzirom na materijalne i stambene prilike, zdravstvene prilike i prilagodbu na domske uvjete, te s obzirom na obiteljske i međuljudske odnose su pokazali da su starije osobe s invaliditetom zadovoljnije kvalitetom svoga života u domskim uvjetima od mlađih osoba s invaliditetom[17].

Ispitivanjem kvalitete života kod osoba starijih od 75 godina koje žive u kućanstvima provedeno od Hellstroma i sur. utvrđeno je da su nesposobnost življenja u kućanstvu bez tuđe pomoći, život u samačkom domaćinstvu i iscrpljenost povezani sa smanjenom kvalitetom života kod starijih koji primaju pomoć, dok se kod starijih koji ne primaju pomoć češće javljaju problemi sa spavanjem i sniženo raspoloženje[17]. O'Gradyi suradnici su ustanovili da su kronično bolesne i osobe s invaliditetom uglavnom osobe starije dobi, imaju niže obrazovanje, primaju najmanje jednu vrstu novčane pomoći, što najčešće ostvaruju kroz socijalnu pomoć ili neku od drugih novčanih davanja[17].

Prema Klempić Bogadi, Podgorelec kvalitetu života moguće je promatrati iz triju različitih pozicija: iz pozicije pojedinačne životne situacije, pri čemu su odlučujući uvjeti pojedinačeva života i njegov osobni doživljaj i procjena; kao višedimenzionalni koncept, pri čemu se opisuju razne domene života i njihov međusobni odnos; kao suodnos objektivnih i subjektivnih pokazatelja, odnosno pojedinačevu percepciju i vrednovanje objektivnih uvjeta života[13].

2.5. Socijalna uključenost i kvaliteta života starijih osoba

Odavno se zna da čovjek ne može biti sam i kontinuirano postoje različiti oblici udruživanja i zajedničkog života. U Europskoj uniji 44% osoba starijih od 65 godina navodi usamljenost kao njihov najvažniji problem[2]. Usamljenost se može definirati kao stanje prisutnosti negativnih osjećaja povezanih s percipiranom socijalnom izolacijom, te kao bolno i negativno iskustvo koje je posljedica nedostatka u socijalnim odnosima osobe te je vrlo subjektivno[2]. Usamljenost se navodi kao jedan od najizraženijih problema starenja, a istovremeno ima veliku ulogu u subjektivnom osjećaju zadovoljstva životom[2]. Starije osobe izložene su raznim čimbenicima koji doprinose negativnim životnim promjenama i različitim stupnjevima socijalne izolacije ili usamljenosti kroz smanjenje prijateljstava, gubitka životnih uloga te smanjene aktivnosti pojedinca u raznim životnim područjima, izabrane svojom voljom ili nametnutom od okoline[2]. Usamljenost je negativno povezana sa srećom, samopoštovanjem i općim zadovoljstvom životom. Izvor zadovoljstva i socijalne podrške starijima čine društvo i emocionalna potpora djece, rođaka i prijatelja. Starije osobe uživaju provodeći vrijeme s njima bliskim osobama, znajući da uz sebe imaju dobro poznate osobe kojima se mogu obratiti za pomoć ako se za to pokaže potreba[2].

Obiteljska podrška ima zaštitnu funkciju i pozitivan učinak jer doprinosi suočavanju s udovištvom, umanjivanju stresa, neutraliziranju negativnih utjecaja, boljoj prilagodbi, podizanju stupnja zdravlja, kvalitete života te unapređenju socijalnih interakcija[2]. Istovremeno je važno reći da živjeti sam ne znači i biti usamljen jer mnogi koji žive sami vode potpuno integriran socijalno aktivan život, no pokazalo se da je usamljenost ipak češća i izraženija kod onih pojedinaca koji žive sami[2]. Istraživanja razlika prema spolu u usamljenosti obično ne daju jednoznačne rezultate, a radovi u kojima se spominju značajne spolne razlike u usamljenosti razlikuju se u pravcima tih razlika. Prema nekima, žene su usamljenije od muškaraca, dok drugi kod muškaraca nalaze veću usamljenost[2].

Jedna od definicija kvaliteta života određuje kao kompleksan proces evaluacije zadovoljstva životom unutar okruženja u kojem pojedinac živi, te stalnu interakciju utjecaja vanjskih uvjeta na život pojedinca i subjektivne percepcije tih uvjeta[2]. Izvori zadovoljstva i nezadovoljstva u životu pojedinca su brojni i različiti, a objektivne okolnosti životnih uvjeta mogu ih značajno uvećati ili smanjiti. Faktori koji utječu na zadovoljstvo životom starijih osoba su karakteristike okoline, socijalna potpora, crte ličnosti, samopoštovanje, fizičko zdravlje, financije i lokus kontrole[2]. Drugi autori navode kako kvaliteta života starijih osoba ovisi o sociodemografskim faktorima, razini pomoći i podrške, raznovrsnosti aktivnosti kojima se bave, te socijalnim i okolišnim faktorima. Pokazalo se da postoji pozitivna povezanost između socijalne potpore i zadovoljstva životom starijih osoba. Nesposobnost življenja u kućanstvu bez tuđe pomoći te život u samačkom kućanstvu povezani su sa smanjenom kvalitetom života. Starije osobe koje imaju kvalitetniji kontakt sa svojom socijalnom mrežom (djeca, unuci, srodnici, prijatelji) aktivniji su i zadovoljniji tim odnosima, zadovoljniji su položajem u društvu i svojim životom. Najveći izvor zadovoljstva, a time i kvalitete života, starijim osobama je osjećaj korisnosti[2,15].

Važno je naglasiti da osobe koje žive u različitim kulturama i pripadaju različitim generacijama imaju različito poimanje kvalitete života, stoga treba osobu promatrati u socijalnom kontekstu naglašavajući važnost psihosocijalne perspektive. Takav pristup podrazumijeva cjelovitost i međuovisnost psihološkog i socijalnog aspekta[17].

2.6. Tjelesno i psihičko zdravlje u funkciji kvalitete života osoba treće životne dobi

Jedna od definicija kvaliteta života opisuje kao sveukupno blagostanje na koje utječu objektivni pokazatelji, a veliki udio ima i subjektivna percepcija, te vrednovanje tjelesnog, emocionalnog, socijalnog i materijalnog blagostanja, osobnog razvoja i svrhovite aktivnosti. Sve spomenuto pod utjecajem je osobnih vrijednosti pojedinca[20].

Poznato je da starenje i bolest često dolaze zajedno, a naročito kada govorimo o kroničnim bolestima. Utvrđeno je da svaki pojedinac drugačije doživljava svoju starost, zdravlje i kvalitetu života jer je jedan od značajnih čimbenika subjektivne procjene starosti doživljaj vlastitog zdravstvenog stanja[3].

Zdravstveno stanje narušavaju bolesti, a one imaju utjecaj na čovjekovo fizičko, psihičko i socijalno funkcioniranje. Što je osoba bolesnija, osjeća se starijom te vrlo vjerojatno ima problema sa funkcionalnim sposobnostima, kao i u socijalnoj interakciji[3].

U svijetu se sve veći značaj posvećuje bolesnim stanjima koja u starijoj životnoj dobi često dovode do funkcionalne onesposobljenosti poput kardiovaskularnih bolesti, hipertenzije, cerebrovaskularnih bolesti, diabetes mellitusa, raka, kronične opstruktivne plućne bolesti, osteomuskularne bolesti (osteoporoza, artritis), mentalnih poremećaja (demencija, depresija) sljepoće i vidnih poremećaja[3].

Kvaliteta života s medicinskog i zdravstvenog stajališta temelji se na zdravlju (engl. *Health Related Quality of Life* – HRQoL) i utjecaju bolesti na cjelokupno funkcioniranje osobe jer bolest svojim djelovanjem utječe na kvalitetu života na način da remeti homeostatske mehanizme kojima se nastoji zadržati ravnoteža fizičkog i psihičkog zdravlja[21]. Zbog nepovoljnog djelovanja bolesti na cjelokupni život osobe, posebno se u održavanju i podizanju kvalitete života važnost pridaje medicinskim intervencijama[22].

Za kvalitetu života kronično oboljelih pacijenata važna je komponenta mentalnog zdravlja. Uobičajeno razumijevanje kvalitete života povezano sa zdravljem zasnovano je na definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) kao stanju kompletnog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustva bolesti i nemoći[22].

Iz razloga što je prepoznata važnost utjecaja intervencija povezanih sa zdravljem na kvalitetu života pacijenata, raste i interes za mjerenje kvalitete života povezano sa zdravljem (HRQoL). Medicinska praksa i liječenje usmjereno pacijentu (engl. Patient centered) koriste iskustva pacijenata u provođenju najboljih terapijskih odluka. Ovo je važno u pacijenata s kroničnim bolestima bez optimističnih očekivanja za izlječenjem i kod kojih su prisutne tegobe na fizičkom, psihološkom i socijalnom području[22]. Kvaliteta života vezana uz zdravlje kao dio općeg koncepta kvalitete koji se odnosi specifično na zdravlje osobe, označava mjerenje funkcioniranja, blagostanja i opće percepcije zdravlja bolesnika u fizičkoj, mentalnoj i socijalnoj domeni[23].

U medicinskoj znanosti mjerenje zdravlja, praćenje kvalitete života i kvalitete života vezane uz zdravlje jednako su prihvaćeni instrumenti za procjenu utjecaja bolesti, različitih postupaka liječenja ili kompleksnih terapijskih zahvata na bolesnikovo tjelesno i emocionalno stanje u svakodnevnim aktivnostima[23].

Istraživanja provedena u Hrvatskoj doprinose argumentima da je zdravstveno stanje ljudi značajno povezano s njihovom procjenom kvalitete života. Narušeno i loše zdravlje je nedvojbeno jedan od vanjskih čimbenika koji negativno utječe na život pojedinca, te je utjecaj oštećenog zdravlja na kvalitetu života višestruk[16]. Osim prisustva fizičkih simptoma koji mogu ograničavati funkcioniranje, u bolesti su prisutni i posredni učinci promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima, loše navike i sl. što najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca[16]. U oboljelih osoba se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopouzdanje osjećaj nedostatka kontrole, a brojna istraživanja su pokazala da psihička stanja, posebice anksioznost i depresivnost, djeluju kao medijatori zdravstvenog ishoda i subjektivne kvalitete života u situacijama bolesti[16].

Samoprocjena zdravstvenog statusa i kvalitete života sastavni su dio populacijskih studija zdravlja danas, a one ukazuju na važnost subjektivnog doživljaja zdravlja i kvalitete života nezavisno od drugih objektivnih mjera koje se koriste[16]. Obzirom da su kronične bolesti i stanja postale dio svakodnevnog života za veliki dio populacije, a posebice i populaciji starijih i starih osoba, nameće se potreba promišljanja održavanja i unapređivanja kvalitete života u postojećim okolnostima. Zdravlje je jedan od čimbenika koji utječu na osobnu kvalitetu života te individualni doživljaj zadovoljstva životom treba biti prepoznat kao vrijedan pokazatelj stanja zdravlja (posebice mentalnog zdravlja) populacije[16, 24].

O različitim problemima zdravlja i zdravstvenim stanjima koji su neposredno povezani s doživljajem zadovoljstva i procjenom kvalitete života provedena su brojna istraživanja. Tako se npr. oralno zdravlje smatra važnim dijelom općeg zdravlja, a oralne bolesti mogu utjecati na provođenje dnevnih aktivnosti, te time i na kvalitetu života[25]. Oral Health Impact Profile (OHIP) razvijen u Australiji na engleskom jeziku, najčešće je korišten upitnik za istraživanje i procjenu kvalitete života povezane s oralnim zdravljem. Kao jedno od najiscrpnijih mjerila subjektivne procjene oralnoga zdravlja, OHIP je osmišljen kako bi se mjerila subjektivno opisana disfunkcija, nelagoda i nesposobnost povezana s oralnim zdravljem. Potvrđena je povezanost oralnoga zdravlja i kvalitete života pacijenata te poboljšanje oralnoga zdravlja i kvalitete života pacijenata (subjektivna procjena)[25].

Istraživanja kvalitete života potaknula su raspravu o razlikama između pojmova kvaliteta života, kvaliteta života temeljena na zdravlju, zdravstveni status i funkcionalni status.

Kvaliteta života temeljena na zdravlju (HRQOL) razlikuje se od šireg koncepta kvalitete života i definira se kao: a) stanje dobrobiti (eng. *well-being*) koje se sastoji od dvije komponente: sposobnosti da se obavljaju aktivnosti svakodnevnog života koje se odnose na tjelesnu, psihološku i socijalnu dobrobit i pacijentovo zadovoljstvo stupnjem funkcioniranja i kontrole bolesti; b) individualno zadovoljstvo životom i opći osjećaj osobne dobrobiti; c) subjektivna procjena dobrih i zadovoljavajućih karakteristika života u cjelini[20,21,22].

U procjeni kvalitete života povezane sa zdravstvenim stanjem razmatraju se simptomi, tjelesna aktivnost, kognitivne sposobnosti, psihosocijalno stanje, emocije i prilagodba na bolest. Sukladno tome i u skladu s ranije navedenim autorima mnoge studije pokazale su da je i kvaliteta života bolesnika s KOPB-om znatno narušena te povezana, s jedne strane sa simptomima bolesnika, a, s druge strane, s lošom prognozom bolesti[20,21,26]. Stoga je poboljšanje kvalitete života prepoznato kao jedan od glavnih ciljeva liječenja i implementirano u gotovo sve smjernice za liječenje KOPB-a. Istraživanje Bentsena i suradnika pokazalo je da bolesnici s KOPB-om teškog i vrlo teškog stupnja imaju bitno lošiju kvalitetu života u odnosu prema općoj populaciji te bolesnicima s KOPB-om blažeg stupnja[26].

Danas je procjena kvalitete života sastavni dio evaluacije rehabilitacijskih i terapijskih postupaka. Pitanje čimbenika osobne kvalitete života vrlo je aktualno kako na području zdravstvene zaštite kroničnih bolesnika, tako i opće populacije[20]. Kronične bolesti zahvaćaju velik dio populacije te se stoga samoprocjena kvalitete života i zdravstvenog stanja sve češće upotrebljava i kao mjera uspješnosti njihova liječenja[26].

2.7. Financijske prilike i kvaliteta života osoba treće životne dobi

Središnja odrednica pojma “kvaliteta života” svakog pojedinca je njegov doživljaj zadovoljstva životom i njegovim mogućnostima i ograničenjima koje ima[16]. Ta procjena, osnovana kako na individualnom iskustvu tako i na aspiracijama, željama i vrijednostima pojedinca, određena je psihofiziološkim sklopom karakteristika pojedinca i objektivnim uvjetima u kojima živi. Kvaliteta života očito je na prvom mjestu psihološka kategorija, koja ne proizlazi iz zadovoljavanja nekih osnovnih potreba, već iz cjelokupne psihološke strukture pojedinca u interakciji s fizičkom i socijalnom okolinom u kojoj živi[16]. Koncept kvalitete života povezuje se sa životnim standardom, odnosno materijalnim statusom, te je stoga često u središtu istraživanja povezanost objektivnog materijalnog statusa s subjektivnom procjenom kvalitete života ljudi koji žive u siromaštvu i ostalih ljudi različitog materijalnog statusa.

Može se zaključiti da su materijalni uvjeti i status te procjena kvalitete života povezani, a životni standard odražava se na većinu aspekata pod kojima podrazumijevamo kvalitetu života[6].

Prema objektivnim kriterijima kvaliteta življenja nekoga društva ili neke društvene skupine određivala se po tome koliko pojedinci zarađuju, kakvi su im stambeni uvjeti, kako im je organizirana zdravstvena zaštita, socijalna skrb, kako imaju riješen promet svojim naseljima, koliko često posjećuju kulturne ustanove, kakva je stopa mortaliteta u pojedinom društvu i slično, tj. po svemu onomu što se moglo konkretno i objektivno izmjeriti[19].

Društva se mogu razlikovati prema očekivanjima i normama koje se odnose na životni standard i razine zadovoljstva i sreće, kao i prema objektivnim životnim uvjetima koji su povezani s određenim demografskim obilježjima. Osobito u nešto siromašnijim društvima, ekonomski se status pokazao značajnim prediktorom razina zadovoljstva i sreće pojedinaca[15]. Na kvalitetu života utječu ili joj doprinose različiti čimbenici koji su u ovom radu već navedeni, a u odnosu na okolišne i životne uvjete važno je spomenuti materijalne mogućnosti i uvjete života. Prema dosadašnjim istraživanjima siromaštva nedvojbeno je utvrđeno da starije osobe u Hrvatskoj predstavljaju skupinu koja ima povećani rizik siromaštva, što je karakteristično i za profil siromaštva u značajnom broju zemalja EU-a (Social Protection Committee)[27]. Starije su osobe u pravilu napustile tržište rada i materijalni položaj i kvaliteta života starije populacije ovise o obilježjima mirovinskog sustava. Reforme i promjene u mirovinskom sustavu od presudne su važnosti za životni standard starije populacije, jer su dvije trećine umirovljenika u Republici Hrvatskoj starije od 64 godine[27]. Radovi i rasprave o starijoj populaciji ističu nezavidan materijalni položaj umirovljenika, ali sve se češće upozorava na ekonomski status onih starijih osoba koje nemaju nikakvih mirovinskih primanja kao što su primjerice stariji ljudi u ruralnim područjima čiji rad nije bio usustavljen na način da za njega primaju plaću. Pretpostavlja se da su ove starije osobe u još nepovoljnijoj ekonomskoj i financijskoj situaciji nego starije osobe koje ostvaruju neki oblik mirovine[27]. Istraživanja ruralnih područja i razvoja od posebnog su značaja jer prema Programu ruralnog razvoja Republike Hrvatske za razdoblje 2014. – 2020. godine (Ministarstvo poljoprivrede, 2015.), gotovo 80% hrvatskog kopnenog područja kvalificira se kao pretežno ruralno područje, što je znatno više od prosjeka EU-a, gdje je zastupljenost pretežito ruralnog prostora 51,3% [28]. U istom se izvoru navodi da je prema Eurostatovoj urbano-ruralnoj tipologiji 79,1% hrvatske kopnene površine klasificirano kao pretežno ruralno, 19,8% kao mješovito, dok je samo 1,1% područja klasificirano kao pretežno urbano područje.

Prema istom izvoru, oko 56,7% stanovništva Hrvatske živi u pretežno ruralnim područjima. To je znatno više od prosjeka EU-a, gdje taj postotak iznosi 22,3%, dok se za SAD procjenjuje da u ruralnom prostoru živi svega 20% ukupne populacije[28].

Podatci istraživanja pokazuju da je materijalna osnovica životne egzistencije puno niža za stanovnike na selu nego u gradu, da je bruto dohodak po stanovniku na selu dva puta manji nego u gradu, te da su nedostupnost javnih servisa i usluga neki od glavnih razloga migracija ljudi. S druge strane, neka obilježja ruralnih prostora pridonose kvaliteti života ljudi na selu i njihovoj želji za ostankom na tim prostorima, a među njima se ističu pozitivna ekološka obilježja ruralnih naselja, niži troškovi života, bolja međusobna povezanost ljudi, spontanost i povjerenje te međuljudski odnosi[28].

Ruralni se prostori ne razlikuju samo prema stupnju ekonomske razvijenosti već i u pogledu kvalitete odnosa među stanovnicima, u odnosu stanovnika prema zajednici u kojoj žive te prema percipiranom statusu određenog ruralnog područja u okruženju [28]. Specifičnost ruralnih prostora očituje se u načinu života obitelji koji se razlikuje u odnosu na život obitelji u većim gradskim sredinama. Tako su ruralne obitelji češće trogeneracijske, proširene u odnosu na urbane obitelji. Specifičan način organizacije obiteljskog života u selima obilježava solidarnost i međugeneracijska podrška[28].

Različita obilježja i stupanj razvijenosti ruralnih prostora oblikuju u značajnoj mjeri i kvalitetu života obitelji. Lokalni kontekst i ekonomska razvijenost određenog ruralnog područja odražava se na različito funkcioniranje obitelji koje žive na tom području. Naime, u zajednicama s nižim indeksom razvijenosti utvrđene su značajno bolje procjene kvalitete obiteljskog života (veće zadovoljstvo obiteljskim životom, manja izloženost obiteljskim stresorima) nego što je slučaj u općinama s boljim razvojnim pokazateljima[28].

Sa sličnom problematikom suočavaju se i obitelji u ruralnim sredinama Europske unije i SAD-a. Tako podatci Europske komisije iz 2012. godine pokazuju da najveći problem ruralnih područja Europske unije predstavljaju rizik od siromaštva i socijalne isključenosti čemu doprinose nedovoljna infrastruktura i ograničen pristup javnim službama u ruralnim sredinama kao posljedice niskih stopa ulaganja što doprinosi sporom razvoju sela i podizanju kvalitete života stanovništva na tim prostorima (Europska mreža za ruralni razvoj)[28].

Također, u ovom se istraživanju pokazalo da upravo proširene obitelji značajno češće održavaju rodbinske kontakte te njeguju snažne socijalne veze, što odgovara tradicionalnom modelu organizacije obiteljskog života koji dominira u ovakvim formama obitelji[28].

Rizični faktor za kvalitetu života u više generacijskim obiteljima predstavlja niži zdravstveni status jer proširene obitelji postaju ranjivije zbog češćeg suočavanja sa zdravstvenim teškoćama svojih starijih članova. To posebice dolazi do izražaja u kontekstu manje dostupnosti i kvalitete zdravstvenih usluga na ruralnim prostorima. Niska razina zdravstvenih usluga navodi se i u drugim izvorima kao jedan od ključnih problema i prepreka razvoju ruralnih sredina[28,29].

Kada je riječ o kvaliteti života između nerazvijenih i razvijenih ruralnih sredina, postoje pozitivni aspekti kvalitete života stanovništva na nerazvijenim ruralnim područjima, a koji se prije svega odnose na očuvanu kvalitetu obiteljskih odnosa. Kvalitetne socijalne veze i osjećaj pripadnosti izuzetno su značajan aspekt kvalitete života obitelji u ruralnim zajednicama[28].

Zbog svega navedenoga u ovom se radu pristupa procjeni kvalitete života stanovnicima u seoskim sredinama s posebnim osvrtom na starije osobe. U istraživačkom će dijelu ovoga rada biti prikazani neki od elemenata koji se ocjenjuju i smatraju značajno povezanim s konceptom i doživljajem kvalitete života.

3. Istraživanje

3.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati kako osobe treće životne dobi u ruralnoj sredini procjenjuju zadovoljstvo određenim segmentima vezanima uz kvalitetu života.

3.2. Problemi i hipoteze istraživanja

Problem 1: Ispitati postoje li razlike u općenitom zadovoljstvu životom ovisno o dobi sudionika.

H1: *Ne postoji razlika u zadovoljstvu općenito životom ovisno o dobi. Neovisno o dobi sudionici procjenjuju jednako općenito zadovoljstvo životom.*

Problem 2: Ispitati postoje li spolne razlike u zadovoljstvu dosadašnjim postignućem u životu.

H2: *Ne postoje spolne razlike u zadovoljstvu dosadašnjim postignućem. Muški sudionici izražavaju jednako zadovoljstvo dosadašnjim postignućem u životu kao i ženske sudionice.*

Problem 3: Ispitati postoje li spolne razlike u zadovoljstvu financijskom neovisnošću.

H3: *Ne postoje spolne razlike u zadovoljstvu financijskom neovisnošću. Muški sudionici izražavaju jednako zadovoljstvo financijskom neovisnošću kao i ženske sudionice.*

3.3. Metode rada

3.3.1. Ispitanici i postupak

Istraživanje je provedeno metodom papir-olovka u mjestu Totovec u Međimurskoj županiji u razdoblju od 11. lipnja do 17. lipnja 2018. godine. Dio anketnih upitnika ispunjen je kroz udrugu umirovljenika Totovec, dok se dio ispunjavao u kućama sudionika. Većinu anketa sudionici su ispunjavali sami, a ostatak sudionika zahtijevao je pomoć prilikom čitanja i razumijevanja istog. Sudionicima je objašnjena svrha istraživanja, te način na koji će se podatci koristiti, te im je prije ispunjavanja anketa zajamčena potpuna anonimnost.

3.3.2. Mjerni instrument

Anketni upitnik: „Kvaliteta života osoba treće životne dobi u zajednici“ konstruiran je za potrebe ovog završnog rada. Sama anketa se sastojala od tri početna pitanja (varijable) koja su se odnosila na sociodemografske podatke o sudionicima (spol, dob i obrazovanje).

Nadalje anketa se sastojala od 6 čestica koje su ispitivale procjenu zadovoljstvom pojedinih područja života. Navedenih 6 čestica se sastojalo od pojedinih područja na kojima su sudionici na Likertovoj skali od 1 (u potpunosti sam nezadovoljan/a) do 5 (u potpunosti sam zadovoljan/a) procjenjivali svoje zadovoljstvo područjem. Ukupan zbroj na tih 6 tvrdnji mjerio je općenito zadovoljstvo životom.

Idućih 7 čestica mjerilo je procjenu zadovoljstvom dosadašnjeg postignuća u životu. Sudionici su procjenjivali na tri stupnja, točno, netočno i djelomično točno. Ukupan zbroj na tim česticama mjerio je opće zadovoljstvo dosadašnjim postignućima u životu.

Sudionici su također na Likertovoj skali od 1 (uopće nije važno) do 5 (najvažnije) procjenjivali koliko važnim smatraju pojedino ponuđeno područje (*materijalno blagostanje, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi s drugim ljudima, osjećaj sigurnosti, pripadnost zajednici te emocionalno blagostanje i osjećaj sreće*).

Posljednja tri pitanja mjerila su procjenu zadovoljstva financijskom neovisnošću sudionika. Sudionici su ponuđene čestice procjenjivali na tri stupnja, točno, netočno i djelomično točno. Ponovno ukupan rezultat na te tri čestice ukazuje na općenito zadovoljstvo financijskom neovisnosti sudionika.

Prije statističke obrade hipoteza čestice negativnog smjera su rekodirane u čestice pozitivnog smjera kako bi se mogao računati ukupan rezultat na pojedinim tvrdnjama.

3.3.3. Statistička obrada

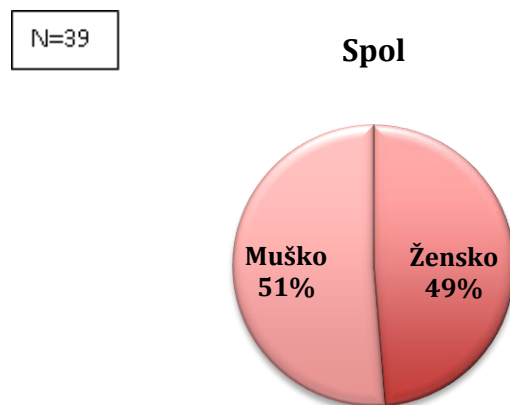
Nakon prikupljanja podataka slijedila je obrada podataka u statističkom programu IBM SPSS 23. Za deskriptivne podatke prikazane su frekvencije odgovora, aritmetička sredina i standardna devijacija, minimalni i maksimalni rezultat (raspon rezultata) i koeficijent Cronbach alpha kao mjera pouzdanosti. Analiza varijance i t-testovi za neovisne uzorke su korišteni za provjeru hipoteza jer je utvrđeno da ih je opravdano koristiti zbog toga jer su bili zadovoljeni uvjeti homogenosti varijance, varijable koje su testirale hipoteze su bile intervalne te su distribucije tih varijabli bile normalne.

4. Rezultati

Deskriptivna analiza istraživanja

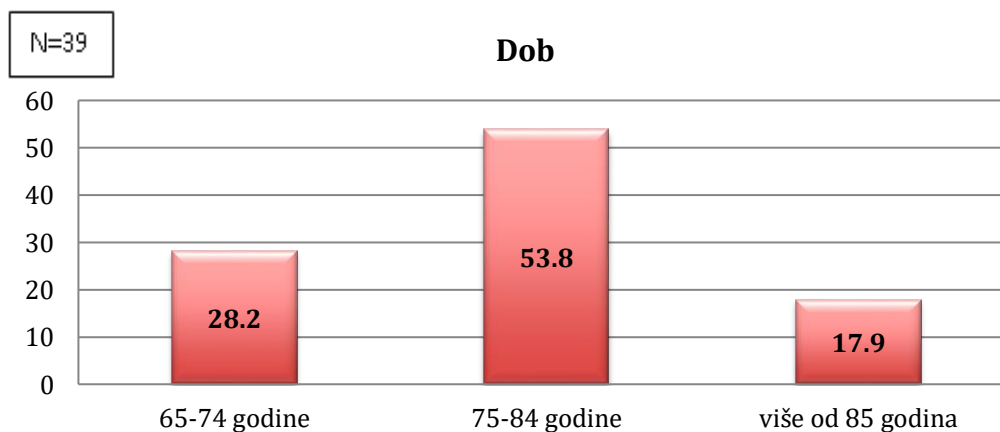
Sociodemografski podatci

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 39 ispitanika. Anketa se provodila u mjestu Totovec u Međimurskoj županiji. Raspodjela sudionika po spolu se nalazi na Grafikonu 4.1.



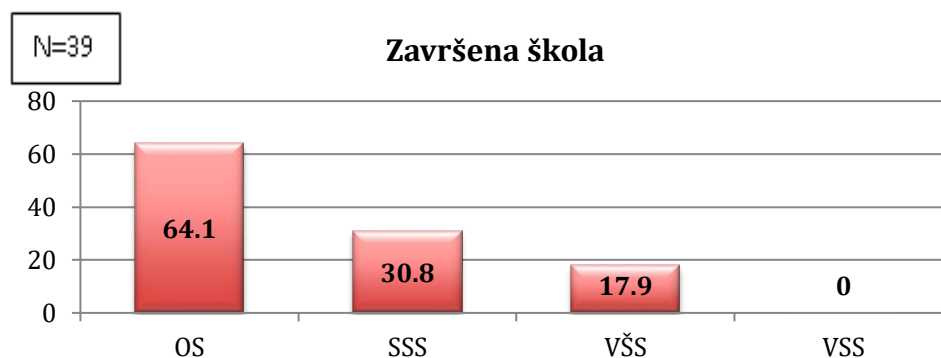
Grafikon 4.1 Raspodjela po spolu

Najveći broj sudionika istraživanja starosti je između 75 i 84 godine (53,8%). Raspodjela prema dobi prikazana je na Grafikonu 4.2.



Grafikon 4.2 Raspodjela po dobi izraženo u postotcima

Posljednje deskriptivno pitanje ispitalo je razinu obrazovanja sudionika istraživanja. Raspodjela se nalazi na Grafikonu 4.3.



Grafikon 4.3 Raspodjela sudionika po razini obrazovanja izraženo u postotcima

Zadovoljstvo pojedinim područjima života (općenito zadovoljstvo životom)

Zadovoljstvo pojedinim područjima života mjereno je na 6 čestica na kojima su sudionici na skali Likertovog tipa od 1 (u potpunosti sam nezadovoljan/a) do 5 (u potpunosti sam zadovoljan/a) procjenjivali stupanj zadovoljstva pojedinim područjem u životu. Ukupan zbroj na tih 6 područja mjerio je općenito zadovoljstvo životom. Što je veći ukupan zbroj to je veće opće zadovoljstvo životom kod sudionika. Tablica 4.1 sadrži frekvencije pojedinih odgovora po području, a Tablica 4.2 prikazuje deskriptivne podatke za općenito zadovoljstvo životom.

PODRUČJE	1	2	3	4	5
Materijalno blagostanje	5,1	20,5	25,6	33,3	15,4
Zdravlje	5,1	5,1	61,5	23,1	5,1
Bliski odnosi s drugim ljudima	0	12,8	17,9	51,3	17,9
Osjećaj sigurnosti	0	12,8	35,9	48,7	2,6
Pripadnost zajednici	0	10,3	17,9	59,0	12,8
Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće	2,6	10,3	28,2	46,2	12,8

Tablica 4.1. Frekvencije procjena zadovoljstva pojedinim područjima života izražene u postotcima(N=39)

Vidljivo je, dakle, u Tablici 4.1 da je ukupno više, odnosno 48,7% ispitanika ovog istraživanja zadovoljno njihovim materijalnim blagostanjem, a 25,6% ispitanika je neodlučno u procjeni zadovoljstva. Jednako toliko ispitanika izražava nezadovoljstvo njihovim materijalnim blagostanjem.

Nadalje se u odnosu na zdravstveni status i zdravlje ispitanika primjećuje relativno visoki postotak od 61,5% onih ispitanika koji su podjednako zadovoljni i nezadovoljni njihovim zdravljem, a 10,2% ispitanika je nezadovoljno.

Također je vidljivo da 28,2% ispitanika izražava zadovoljstvo njihovim zdravljem. Oko 70% ispitanika zadovoljno je bliskošću i odnosima s drugim ljudima, a oko 50% ispitanika izražava zadovoljstvo osjećajem sigurnosti. Istovremeno preko 70% ispitanika procjenjuje da je zadovoljno svojim osjećajem pripadnosti u zajednici gdje žive. Oko 60% ispitanika pozitivno procjenjuje njihovo emocionalno blagostanje i osjećaj sreće.

	$\bar{X}$	SD	Min	Max	α
Općenito zadovoljstvo životom	20,97	3,81	11	27	0,79

Tablica 4.2 Deskriptivni podatci - aritmetička sredina ($\bar{X}$), standardna devijacija (SD), raspon rezultat i koeficijent pouzdanosti (α) za općenito zadovoljstvo životom

Na skali općenitog zadovoljstva sudionik je mogao ostvariti minimalan mogući rezultat od 6, a maksimalan mogući 30. Kao što je vidljivo u Tablici 4.2 minimalan ostvareni rezultat ispitanika je 11, a maksimalan 27. Sudionici izražavaju općenito zadovoljstvo životom prosječnim rezultatom od 20,97 sa standardnom devijacijom od 3,81. Obzirom na to da bi oni sudionici koji su srednje zadovoljni sa životom ovdje postizali rezultat od 18, a prosječno zadovoljstvo se kreće od 17,16 do 24,78, može se reći da sudionici ne izražavaju visoko zadovoljstvo životom općenito, odnosno prosječno nisu blizu rezultatu od 30 koji označava maksimalno općenito zadovoljstvo životom. Pouzdanost je iznosila 0,79, što je zadovoljavajuće. Prva hipoteza koja je bila postavljena glasi da ne postoji razlika u zadovoljstvu općenitom životom ovisno o dobi te da neovisno o dobi sudionici istraživanja izražavaju jednako općenito zadovoljstvo životom. Hipoteza je provjerena analizom varijance.

Općenito zadovoljstvo životom	Dob	Levenov	p	$\bar{X}$	SD	F	df1 i df2	p
		test						
	65-74 godine	3,14	0,06	21,55	3,50	0,42	2,36	0,66
	75-84 godine			21,05	3,20			
	Više od 85 godina			19,97	3,81			

Tablica 4.3 Razlika u općenitom zadovoljstvu životom sudionika(N=39)

Provjerom Levenovog testa homogenosti varijance utvrđeno je da je zadovoljen uvjet provedbe analize varijance. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika u procjeni općenitog zadovoljstva kod sudionika ovisno o dobi. Time je prva hipoteza potvrđena.

Zadovoljstvo dosadašnjim postignućem u životu

7 čestica mjerilo je procjenu zadovoljstvom dosadašnjeg postignuća u životu. Sudionici su procjenjivali na tri stupnja, točno, netočno i djelomično točno. Ukupan zbroj na tim česticama mjerio je opće zadovoljstvo dosadašnjim postignućima u životu. Veći rezultat ukazuje na veće zadovoljstvo dosadašnjim postignućem u životu. Tablica 4.4 sadrži frekvencije pojedinih odgovora po čestici, a Tablica 4.5 prikazuje deskriptivne podatke za zadovoljstvo dosadašnjim postignućem u životu.

TVRDNJA	Netočno	Djelomično točno	Točno
Nisam zadovoljan/a vlastitim životom	74,4	20,5	5,1
Zadovoljan/a sam vlastitim životom	7,7	33,3	59,0
Život kakav imam isplati se živjeti u svakom pogledu	10,3	51,3	38,5
Moj život mi pruža veliko zadovoljstvo	7,7	64,1	28,2
Jako sam zadovoljan/a svime što sam postigao/la u životu	7,7	51,3	41,0
Moj obiteljski život me čini zadovoljnim	10,3	38,5	51,3
Svojim poslom i karijerom bio/la sam vrlo zadovoljan/a	2,6	38,5	59,0

Tablica 4.4 Frekvencije procjena zadovoljstva dosadašnjim postignućem izraženo u postotcima(N=39)

Iz Tablice 4.4 vidljivo je da su ispitanici u većoj mjeri zadovoljni vlastitim životom. Između 5 i 8% ispitanika izražava nezadovoljstvo životom. Većina ispitanika smatra da je isplativo živjeti život kakav imaju. Život pruža veliko zadovoljstvo za 28,2% ispitanika, a 64,1% ispitanika veliko zadovoljstvo pronalazi djelomično ili samo u pojedinim životnim situacijama i područjima. Postignućem u životu jako je zadovoljno 41% ispitanika, a djelomično 51,3%. Obiteljski život čini zadovoljnim 51,3% ispitanika, a tek djelomično njih 38,5%. Svojim poslom i karijerom vrlo je zadovoljno oko 60% i djelomično zadovoljno 38,5% ispitanika. Uočava se da je do 10% ispitanika nezadovoljno na ispitivanim varijablama.

	$\bar{X}$	SD	Min	Max
Zadovoljstvo dosadašnjim postignućem	9,54	2,09	5	14

Tablica 4.5 Deskriptivni podatci - aritmetička sredina ($\bar{X}$), standardna devijacija (SD i raspon rezultat za zadovoljstvo dosadašnjim postignućem

Na skali zadovoljstva dosadašnjim postignućem sudionik je mogao ostvariti minimalan mogući rezultat od 0, a maksimalan mogući 14. Minimalan ostvareni rezultat u ovom istraživanju je 5, a maksimalan 14. Sudionici procjenjuju zadovoljstvo dosadašnjim postignućem prosječnim rezultatom od 9,54 sa standardnom devijacijom od 2,09.

Druga postavljena hipoteza, a vezana uz zadovoljstvo dosadašnjim postignućem glasi da ne postoje razlike u odnosu na spol u zadovoljstvu dosadašnjim postignućem i da muški sudionici izražavaju jednako zadovoljstvo dosadašnjim postignućem u životu kao i ženske sudionice. Rezultati su prikazani u tablici 4.6. Hipoteza je provjerena t-testom za nezavisne uzorke.

	Spol	$\bar{X}$	SD	t	df	p
Zadovoljstvo dosadašnjim postignućem	M	9,16	2,27	-	37	0,27
	Ž	9,90	1,89	1,11		

Tablica 4.6 Spolne razlike u zadovoljstvu dosadašnjim postignućem sudionika

Nije dobivena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u procjeni zadovoljstva dosadašnjim postignućem. Time je hipoteza potvrđena.

Važnost pojedinih područja

Kao što je već navedeno, sudionici su na Likertovoj skali od 1 (uopće nije važno) do 5 (najvažnije) procjenjivali koliko važnim smatraju pojedino ponuđeno područje - *Materijalno blagostanje, Zdravlje, Postignuće u životu, Bliski odnosi s drugim ljudima, Osjećaj sigurnosti, Pripadnost zajednici te Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće*. Frekvencije pojedinih odgovora po području prikazane su u tablici 4.7.

PODRUČJE	1	2	3	4	5
Materijalno blagostanje	0	5,1	12,8	61,5	20,5
Zdravlje	0	0	2,6	10,3	87,2
Postignuće u životu	2,6	5,1	28,2	35,9	28,2
Bliski odnosi s drugim ljudima	0	0	5,1	33,3	61,5
Osjećaj sigurnosti	0	5,1	15,4	53,8	25,6
Pripadnost zajednici	0	0	10,3	43,6	46,2
Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće	0	0	2,6	28,2	69,2

Tablica 4.7 Frekvencije procjena važnosti pojedinih područja života(N=39)

Kao što je vidljivo iz tablice najvažnija područja života, po procjenama sudionika istraživanja, su zdravlje, bliski odnosi s drugim ljudima, pripadnost zajednici i emocionalno blagostanje i osjećaj sreće. Najmanje važnim procjenjuju postignuće u životu.

Zadovoljstvo financijskom neovisnošću

Posljednji dio anketnog upitnika ispitivao je zadovoljstvo financijskom neovisnošću sudionika. Tri pitanja koja su mjerila procjenu zadovoljstva financijskom neovisnošću sudionika, te ukupan rezultat na te tri čestice ukazuje na općenito zadovoljstvo financijskom neovisnosti sudionika. Tablica 4.8 sadrži frekvencije pojedinih odgovora po čestici, a Tablica 4.9 prikazuje deskriptivne podatke.

Tvrdnja	Netočno	Djelomično točno	Točno
Imam dovoljno sredstava za život	20,5	25,6	53,8
Djelomično mi je potrebna financijska potpora obitelji/zajednice	69,2	10,3	20,5
U potpunosti ovisim o financijskoj potpori obitelji/ zajednice jer nemam primanja	79,5	2,6	17,9

Tablica 4.8 Frekvencije procjena zadovoljstva financijskom neovisnošću(N=39)

	$\bar{X}$	SD	Min	Max
Zadovoljstvo finansijskom neovisnošću	3,46	1,54	0	6

Tablica 4.9 Deskriptivni podatci - aritmetička sredina ($\bar{X}$), standardna devijacija (SD i raspon rezultata za zadovoljstvo finansijskom neovisnošću

Na skali zadovoljstva finansijskom neovisnošću sudionik je mogao ostvariti minimalan mogući rezultat od 0, a maksimalan mogući od 6, a toliko je bio i raspon rezultata u ovom istraživanju. Sudionici procjenjuju zadovoljstvo finansijskom neovisnošću prosječnim rezultatom od 3,46 sa standardnom devijacijom od 1,54.

Posljednja hipoteza koja je bila postavljena, glasila je da ne postoje spolne razlike u zadovoljstvu finansijskom neovisnošću i da muški sudionici izražavaju jednako zadovoljstvo finansijskom neovisnošću kao i ženske sudionice. Hipoteza je provjerena t-testom za nezavisne uzorke.

	Spol	$\bar{X}$	SD	t	df	p
Zadovoljstvo finansijskom neovisnošću	M	3,32	1,57	-	37	0,57
	Ž	3,60	1,54	0,57		

Tablica 4.10 Spolne razlike u zadovoljstvu finansijskom neovisnošću(N=39)

Iz Tablice 4.10 je vidljivo da nije dobivena statistički značajna razlika u zadovoljstvu finansijskom neovisnošću u odnosu na spol ispitanika. I muški i ženski sudionici jednako procjenjuju zadovoljstvo finansijskom neovisnošću. Tako je potvrđena i posljednja hipoteza.

5. Rasprava

Istraživanje kvalitete života starijih osoba postaje predmet istraživanja kako u svijetu tako i u Hrvatskoj zbog usuglašenosti autora da je kvaliteta života u neposrednoj korelaciji s osjećajem dobrobiti i općim zdravstvenim pokazateljima. Razlozi tome su mnogostruki, a ističu se produljenje životnog vijeka i povećanje udjela starijih u općoj populaciji, pojavnost različitih kroničnih i malignih oboljenja za koje medicinske znanosti imaju mogućnost djelotvornog i dugotrajnog liječenja s povoljnim ishodima. U literaturi se navodi da su stari ljudi generalno zadovoljni svojim socijalnim vezama, a tome doprinose i rezultati ovog istraživanja u kojem je oko 70% starijih osoba zadovoljno bliskošću i odnosima s drugim ljudima. Podatci dostupnih istraživanja pokazuju da je materijalna osnovica životne egzistencije puno niža za stanovnike na selu nego u gradu, da je BDP po stanovniku na selu dva puta manji nego u gradu što bi mogli biti izvori nezadovoljstva. Međutim, dobiveni podaci u provedenom istraživanju ukazuju da je oko 50% ispitanika ovog istraživanja zadovoljno njihovim materijalnim blagostanjem, a 25,6% ispitanika je neodlučno u procjeni zadovoljstva njihovog materijalnog stanja. Jednako toliko ispitanika izražava nezadovoljstvo njihovim materijalnim blagostanjem. Istovremeno podatci o 80% ispitanika koji se izjašnjavaju o važnosti materijalnog blagostanja govore u prilog istraživanjima da su materijalni i ekonomski čimbenici važan segment ljudskih života[28].

Autori navode da postoje neka obilježja ruralnih prostora koja pridonose kvaliteti života ljudi na selu, a među njima se ističu međusobna povezanost ljudi, spontanost i povjerenje te dobrosusjedski odnosi. U ovom istraživanju dobiveni su podaci da je preko 70% ispitanika zadovoljno svojim osjećajem pripadnosti u zajednici gdje žive te istovremeno oko 60% ispitanika pozitivno procjenjuje njihovo emocionalno blagostanje i osjećaj sreće[28].

U istraživanjima siromaštva utvrđeno je da starije osobe u Hrvatskoj kao i brojnim zemljama EU-a predstavljaju skupinu koja ima povećani rizik siromaštva (Social Protection Committee, 2006). Radovi i rasprave ističu nezavidan materijalni položaj umirovljenika, ali sve češće i onih starijih osoba koje nemaju nikakvih mirovinskih primanja kao što su stariji ljudi u ruralnim područjima koji za svoj rad nisu primali naknadu. U tom kontekstu zabrinjavajući su podaci u ovom istraživanju da tek 53,8% ispitanika ima dovoljno sredstava za život ili možda preživljavanje, da njih 20,5% treba financijsku potporu članova obitelji ili zajednice za zadovoljenje životnih potreba te 17,9% ispitanika koji u potpunosti ovise o financijskoj potpori obitelji ili zajednice jer nemaju nikakvih osobnih primanja[27].

Nadalje, važan segment kvalitete života predstavlja zdravstveno stanje pojedinaca. Brojni su autori utvrdili povezanost različitih zdravstvenih teškoća i oboljenja s procjenom kvalitete i doživljajem zadovoljstva životom.[30] Podatci ovog istraživanja pokazuju da ispitanici u odnosu na zdravstveni status i zdravlje uglavnom slijede trend statističke raspodjele. Oko 61,5% ispitanika podjednako je zadovoljno i nezadovoljno njihovim zdravljem, a 10,2% ispitanika je nezadovoljno. Potpuno zadovoljstvo zdravljem izražava 28,2% ispitanika. U odnosu na zdravstveni status i zdravlje ispitanika primjećuje relativno visoki postotak od 61,5% onih ispitanika koji su podjednako zadovoljni i nezadovoljni njihovim zdravljem, a 10,2% ispitanika je nezadovoljno[31]. Također je vidljivo da 28,2% ispitanika izražava zadovoljstvo njihovim zdravljem[32].

U odnosu na istraživačke probleme i postavljene hipoteze istraživanja utvrđeno je da nema statistički značajnih razlika među ispitanicima u odnosu na kronološku dob i spol ispitanika. Iako demografske varijable kao što su spol, dob, stupanj obrazovanja, bračni status i socioekonomski status mogu uvjetovati neke razlike u objektivnim životnim uvjetima i načinu na koji pojedinac doživljava i procjenjuje kvalitetu svoga života one u ovom istraživanju nisu potvrđene. Ovaj nalaz je u skladu s drugim istraživanjima prema kojima su spolne razlike u subjektivnoj kvaliteti života obično neznčajne ili relativno male. I kad su posrijedi dobne promjene u subjektivnoj kvaliteti života, rezultati istraživanja donekle su nekonzistentni, no u ispitivanju na hrvatskim uzorcima sudionika uglavnom je utvrđeno postojanje negativne povezanosti dobi i zadovoljstva životom[15]. U odnosu na ovaj navod, podatci ovog istraživanja su djelomično u suprotnosti jer se na ukupnom uzorku utvrđuje da su ispitanici uglavnom zadovoljni sa svim segmentima procjene i izražavaju zadovoljstvo u odnosu na opću procjenu zadovoljstva životom.

6. Zaključak

Pitanjem kvalitete života u dostupnoj se literaturi i istraživanjima bavi velik broj autora i u odnosu na većinu istraživačkih područja. Kvaliteta života opisivana kao multidimenzionalni koncept na kojeg utječu i s kojim su povezani različiti elementi i životni uvjeti subjektivni je doživljaj pojedinca, te ne može biti određen isključivo preko objektivnih indikatora i kriterija. Navedeno znači da u potpuno jednakim životnim uvjetima sa svim raspoloživim resursima dvije osobe mogu prema osobnim uvjerenjima i interesima različito procijeniti i doživljavati njihovu kvalitetu života. Među materijalnim i zdravstvenim aspektima kvalitete života ističu se i zdravstveni aspekti koji se odnose na čimbenike fizičkog i mentalnog zdravlja. U tom smislu se osjećaj pripadnosti, razvijena socijalna mreža obitelji i prijatelja i emocionalne veze povezuju s kvalitetom života osoba starije životne dobi. Iz ovog se provedenog istraživanja može na temelju istraživačkih problema i postavljenih hipoteza zaključiti da u odnosu na kriterije kronološke dobi i spola ispitanika nema statistički značajnih razlika u procjeni općeg zadovoljstva životom. Podatci koji ukazuju na određeni postotak nezadovoljnih na istraživanim područjima indikativni su za daljnju procjenu uzroka nezadovoljstva i kreiranje intervencija za njihovo unapređivanje. Rezultati istraživanja pokazuju da su ispitanici uglavnom zadovoljni vlastitim životom i procjenjivanim aspektima života. To se odnosi na zadovoljstvo materijalnim stanjem, zadovoljstvo bliskošću i odnosima s drugim ljudima te osjećajem sigurnosti, zadovoljstvo osjećajem pripadnosti zajednici i njihovo emocionalno blagostanje i osjećaj sreće. Sudionici ovog istraživanja najvažnijim područjima života procjenjuju zdravlje, bliske odnose s drugim ljudima, pripadnost zajednici i emocionalno blagostanje i osjećaj sreće. U odnosu na nedostatke ovog istraživanja valja istaknuti veličinu uzorka zbog čega nije uputno generalizirati zaključke za cijelu populaciju starijih osoba koji žive na ruralnim područjima. Za utvrđivanje razlika među starijim osobama po istraživanim varijablama sljedeća bi istraživanja trebala biti provedena na većem uzorku uzevši u obzir i razlike koje postoje među samim ruralnim i geografskim područjima, te osobne vrijednosti i uvjerenja ispitanika, ali i kriterije koji se odnose na samački život i život u krugu članova obitelji te postojanje socijalnih usluga koje su im na raspolaganju.

U Varaždinu, _____, 2018.

Potpis: _____

7. Literatura

1. M. Gojčeta, I. Joković Oreb, R. Pinjatela: Neki aspekti kvalitete života adolescenata sa i bez cerebralne paralize, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 44, 1, 2008, str. 39-47.
2. G. Vuletić, M. Stapić: Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi, Klinička psihologija, 6, 1-2, 2013, str. 45-61.
3. S. Benko, A. Jurinić: Kvaliteta života i doživljaj zdravlja starijih osoba za vrijeme hospitalizacije, Physiotherapia croatica, 14, supp.1, 2016, str. 130-135.
4. M. Lovreković, Z. Leutar: Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu, Socijalna ekologija, 19, 1, 2010, str. 55-79.
5. I. Nejašmić, A. Toskić: Starenje stanovništva u Hrvatskoj, sadašnje stanje i perspektiva, Hrvatski geografski glasnik, 75, 1, 2013, str. 89-110.
6. O. Družić Ljubotina: Subjektivna kvaliteta života ljudi koji žive u siromaštvu i zaposlenih osoba različitog materijalnog statusa, Ljetopis socijalnog rada, 19, 1, 2012, str. 5-28.
7. D. Cvitković, A. Žic Ralić, A. Wagner Jakab: Vrijednosti, interakcija sa zajednicom i kvaliteta života obitelji djece s teškoćama u razvoju, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 49, supp., 2013, str. 10-22.
8. S. Husić, M. Brkljačić Žagrović: Izmijenjen tjelesni izgled žene nakon mastektomije zbog karcinoma dojke uzrokuje poremećaj kvalitete života, Medicina, 46, 1, 2010, str. 80-85.
9. A. Brajša-Žganec, G. Kozina: Kvaliteta življenja građana Grada Varaždina: usporedba s Europskom unijom, Radovi Zavoda za znanstveni rad HAZU Varaždin, 28, 2017, str. 247-265.
10. W. Pavot, E. Diener: The subjective evaluation of well-being in adulthood: Findings and implications, Aging International, 29, 2, 2004, str. 113-135.
11. L. Stoll, J. Michelson, C. Seaford: Well-being evidence for policy: A review, New Economics Foundation, 2012.
12. Lj. Kaliterna Lipovčan, A. Brajša-Žganec: Kvaliteta življenja, sreća i životno zadovoljstvo u Hrvatskoj i zemljama EU, te usporedbe sjeverozapadne i ostalih dijelova Hrvatske, Radovi Zavoda za znanstveni rad HAZU Varaždin, 28, 2017, str. 139-153.

13. S. Klempić Bogadi, S. Podgorelec, M. Šabijan: Materijalno blagostanje kao objektivna dimenzija kvalitete života stanovništva ruralnih prostora – općina Gornja Rijeka, *Sociologija i prostor*, 54, 3, 2016, str. 197-218.
14. A. Svirčić Gotovac, J. Zlatar: Prehrana i zdravlje kao elementi kvalitete života u mreži naselja Hrvatske. *Sociologija i prostor*, 45, 1, 2007, str. 29-60.
15. I. Lučev, M. Tadinac: Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status, *Manjinske teme*, 24, 1-2, 2008, str. 67-89.
16. G. Vuletić: Samoprocjenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, sv. 7, 2013, str. 213-222.
17. Z. Leutar, A. Štambuk, S. Rusac: Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom, *Revija za socijalnu politiku*, 14, 3-4, 2007, str. 327-346.
18. E. Diener, M.E.P. Seligman: Beyond money. Toward an economy of well-being, *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 2004, str. 1-31.
19. A. Brajša-Žganec, Lj. Kaliterna Lipovčan: Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i sreća osoba koje profesionalno pomažu drugima, *Društvena istraživanja*, 15, 4-5, 2006, str. 713-728.
20. R. Pinjatela: Neke karakteristike kvalitete života osoba sa i bez malignog oboljenja, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 44, 2, 2008, str. 79-98.
21. A. Jolić Lončarić, A. Lekić, N. Kuftinec Jolić: Kvaliteta života bolesnika s kroničnom venskom insuficijencijom, *Liječnički vjesnik*, 139, 2017, str. 216-221.
22. N. Mrduljaš-Đuić: Kvaliteta života bolesnika na dijalizi, *Acta Med Croatica*, 70, 2016, str. 225-232.
23. D. Germin Petrović, B. Vujičić, M. Pavletić Peršić, S. Rački: Kvaliteta života vezana uz zdravlje u bolesnika liječenih nadomještanjem bubrežne funkcije, *Medicina fluminensis*, 46, 4, 2010, str. 513-518.
24. I. Crnković, M. Rukavina, K. Ostrogonac: Kvaliteta života laringektomiranih osoba, *Journal of applied health sciences*, 1, 2, 2015, str. 107-118.
25. J. Kranjčić, A. Mikuš, S. Peršić, D. Vojvodić: Čimbenici koji utječu na kvalitetu života povezanu s oralnim zdravljem među pacijentima starije životne dobi u Hrvatskoj, *Acta stomatologica Croatica*, 48, 3, 2014, str. 174-182.
26. S. Škrinjarić Cincar: Važnost procjene kvalitete života u bolesnika s kroničnom opstruktivnom bolešću, *Medicus*, 25, 1, 2016, str. 91-98.

27. Z. Šućur: Socijalna sigurnost i kvaliteta života starijih osoba bez mirovinskih primanja u Republici Hrvatskoj, *Revija za socijalnu politiku*, 15, 3, 2008, str. 435-454.
28. A. Miljenović, S. Blažeka Kokorić, G. Berc: Kvaliteta života obitelji na različitim ruralnim područjima: primjer četiriju općina Sisačko-moslavačke županije, *Sociologija i prostor*, 54, 204, 2016, str. 19-44.
29. R. Brauer, M. Dymitrow: Quality of life in rural areas: A topic for the Rural Development policy?, *Bulletin of Geography, Socio-economic Series*, 25, 2014, str. 25-54.
30. M. Kramarić, S. Sekušak Galešev, D. Bratković: Problemi mentalnog zdravlja i objektivni pokazatelji kvalitete života odraslih osoba s intelektualnim teškoćama, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, supp., 2013, str. 50-63.
31. S. Jurić, D. Jonjić, J. Miličević: Kvaliteta života onkoloških bolesnika, *Zdravstvena njega odraslih osoba*, 21, 2016, str. 132-136.
32. A. Štambuk, N. Žganec, M. Nižić: Neke dimenzije kvalitete života starijih osoba s invaliditetom, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48, 1, 2012, str. 84-95.

Prilog

Anketni upitnik

1. Spol

- a) Muško
- b) Žensko

2. Dob

- a) 65 – 74 godina
- b) 75 - 84 godina
- c) >85 godina

3. Stručna sprema

- a) Osnovna škola
- b) Srednja stručna sprema
- c) Viša stručna sprema

4. Molim Vas da prema vlastitom mišljenju i osjećaju procijenite zadovoljstvo iz pojedinih ponuđenih područja, na način da stavite križić u polje Vašeg odgovora.

Odgovori mogu biti ocjenjeni ocjenom od 1 do 5 od čega:

- ocjena 1 označava: „u potpunosti sam nezadovoljan/a“
- ocjena 2 označava: „djelomično sam nezadovoljan/a“
- ocjena 3 označava: „nisam zadovoljan/a, ni nezadovoljan/a“
- ocjena 4 označava: „djelomično sam zadovoljan/a“
- ocjena 5 označava: „u potpunosti sam zadovoljan/a“

	Ocjena 1	Ocjena 2	Ocjena 3	Ocjena 4	Ocjena 5
Materijalno blagostanje	☐	☐	☐	☐	☐
Zdravlje	☐	☐	☐	☐	☐
Bliski odnosi s drugim ljudima	☐	☐	☐	☐	☐
Osjećaj sigurnosti	☐	☐	☐	☐	☐
Pripadnost zajednici	☐	☐	☐	☐	☐
Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće	☐	☐	☐	☐	☐

5. Molim Vas da prema vlastitom mišljenju i osjećaju ocijenite zadovoljstvo dosadašnjeg postignuća u Vašem životu, na način da stavite križić u polje Vašeg odgovora. Odgovor može biti točan, netočan i djelomično točan.

	TOČNO	NETOČNO	DJELOMIČNO TOČNO
Nisam zadovoljan/a vlastitim životom	☐	☐	☐
Zadovoljan/a sam vlastitim životom	☐	☐	☐
Život kakav imam isplati se živjeti u svakom pogledu	☐	☐	☐
Moj život mi pruža veliko zadovoljstvo	☐	☐	☐
Jako sam zadovoljan/a svime što sam postigao/a u životu	☐	☐	☐
Moj obiteljski život se odvijao vrlo uspješno	☐	☐	☐
Svojim poslom i karijerom bio/la sam vrlo zadovoljan/a	☐	☐	☐

6. Molim Vas da prema vlastitom mišljenju i osjećaju procijenite važnost iz pojedinih ponuđenih područja, na način da stavite križić u polje Vašeg odgovora.

Odgovori mogu biti ocijenjeni ocjenom od 1 do 5 od čega:

- ocjena 1 označava: „uopće nije važno“
- ocjena 2 označava: „djelomično nevažno“
- ocjena 3 označava: „niti nevažno niti važno“
- ocjena 4 označava: „djelomično važno“
- ocjena 5 označava: „najvažnije“

	Ocjena 1	Ocjena 2	Ocjena 3	Ocjena 4	Ocjena 5
Materijalno blagostanje	☐	☐	☐	☐	☐
Zdravlje	☐	☐	☐	☐	☐
Postignuće u životu	☐	☐	☐	☐	☐
Bliski odnosi s drugim ljudima	☐	☐	☐	☐	☐
Osjećaj sigurnosti	☐	☐	☐	☐	☐
Pripadnost zajednici	☐	☐	☐	☐	☐
Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće	☐	☐	☐	☐	☐

7. Molim Vas da prema vlastitom mišljenju i osjećaju ocijenite zadovoljstvo financijske neovisnosti trenutnog življenja, na način da stavite križić u polje Vašeg odgovora. Odgovor može biti točan, netočan i djelomično točan.

	TOČNO	NETOČNO	DJELOMIČNO TOČNO
Svojom mirovinom mogu bezbrižno živjeti	☐	☐	☐
Potrebna mi je financijska potpora obitelji	☐	☐	☐
U potpunosti ovisim o financijskoj potpori obitelji jer nemam primanja	☐	☐	☐

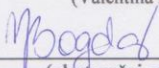


IZJAVA O AUTORSTVU I
SUGLASNOST ZA JAVNU
OBJAVU

Završni/diplomski 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, VALENTINA BOGDAN pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA OSOBA TREĆE ŽIVOTE DOBI U ZAJEDNICI te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

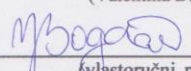
Student/ica:
(Valentina Bogdan)


(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, VALENTINA BOGDAN neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI U ZAJEDNICI čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(Valentina Bogdan)


(vlastoručni potpis)