

Validacija kratki upitnik o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF) na populaciji osoba starije životne dobi u Varaždinskoj županiji

Šošić, Martina

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:122:487831>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-24**

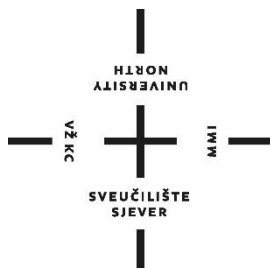


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



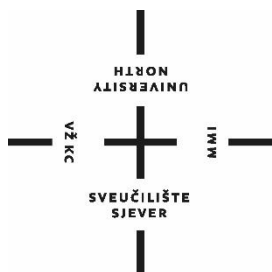
DIPLOMSKI RAD br. 380/SSD/2024

**VALIDACIJA KRATKOG UPITNIKA O
KVALITETI ŽIVOTA U STARIJOJ
ŽIVOTNOJ DOBI (OPQOL-BRIEF) NA
POPULACIJI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE
DOBI U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJI**

Martina Šošić

Varaždin, rujan 2024.

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



DIPLOMSKI RAD br. 380/SSD/2024

VALIDACIJA KRATKOG UPITNIKA O
KVALITETI ŽIVOTA U STARIJOJ
ŽIVOTNOJ DOBI (OPQOL-BRIEF) NA
POPULACIJI OSOBA STARIJE ŽIVOTNE
DOBI U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJI

Student:

Martina Šošić, 2357/336

Mentor:

izv.prof.dr.sc. Tomislav Meštrović

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	Martina Šošić	MATIČNI BROJ	2357/336
DATUM	15.9.2024.	KOLEGIJ	Javno zdravstvo i promocija zdravlja
NASLOV RADA	Validacija kratki upitnik o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF) na populaciji osoba starije životne dobi u Varaždinskoj županiji		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Validation of the Older People's Quality of Life brief questionnaire (OPQOL-BRIEF) on a population of elderly people in Varaždin County		
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

SRDI	380/SSD/2024
OBIC	

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca o njegovom društvenom položaju u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem živi, te u odnosu na vlastite ciljeve, očekivanja i standarde. S obzirom na ubrzano starenje svjetske populacije, starenje postaje jedna od najznačajnijih društvenih transformacija 21. stoljeća, s dalekosežnim posljedicama na gotovo sve aspekte društva. U sklopu ovog diplomskog rada provest će se istraživanje koje ima za cilj ispitati kvalitetu života starijih osoba u Varaždinskoj županiji, koristeći skraćeni upitnik o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF). Istraživanje će se provesti od ožujka do lipnja 2024. godine, a obuhvatit će uzorak od 200 starijih osoba s prebivalištem u županiji. Osnovni cilj istraživanja bit će utvrditi ključne odrednice koje starije osobe percipiraju kao najvažnije za njihovu kvalitetu života te identificirati latentne faktore poput općeg zadovoljstva životom, tjelesnog zdravlja i neovisnosti, te financijske sigurnosti i emocionalne stabilnosti. Istraživanje će istaknuti važnost multidisciplinarnog pristupa u poboljšanju kvalitete života starijih osoba, uključujući suradnju liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, psihologa i drugih stručnjaka. Poseban naglasak stavit će se na ulogu magistre sestrinstva u procjeni, upravljanju i praćenju napretka kvalitete života starijih osoba, kao i u edukaciji, provođenju preventivnih programa i koordinaciji različitih aspekata skrbi.

ZADATAK JURČEN	19.09.2024.	POTPIS MENTORA	
----------------	-------------	----------------	--



Predgovor

Najveća zahvala cijenjenom mentoru, izv. prof. dr. sc. Tomislavu Meštroviću, na mentorstvu, velikodušnim savjetima, vodstvu i pomoći prilikom izrade diplomskog rada.

Svim profesorima Sveučilišta Sjever veliko hvala za svaki savjet, razumijevanje i trud...budite i dalje baš takvi kakvi jeste - posebni ljudi velikoga srca!

Zahvaljujem se svim kolegicama (posebno Snježani, Dijani, Željki, Kristini i Ljiljani) i kolegi Mariu sa Odjela za produženo liječenje I na svakoj zamjeni, strpljenju i motivaciji u teškim danima, iznimno sam sretna što vas imam. Također, hvala kolegicama sa Sveučilišta uz koje su fakultetski dani bili puno ljepši.

I za kraj, veliku zahvalnost dugujem svojoj obitelji i dečku Goranu radi požrtvornosti i vjeri u mene tijekom svih godina mog obrazovanja, bili ste mi najveća motivacija za uspjeh i zauvijek ću vam biti zahvalna, jer, kao što ste rekli: „*Čovjek uči dok je živ...*“

Sažetak

Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca o svom društvenom položaju u kulturalnom kontekstu i sustavu vrijednosti u kojima živi, te u odnosu na vlastite ciljeve, očekivanja i standarde. Svjetsko stanovništvo ubrzano stari, stoga starenje stanovništva postaje jedna od najvažnijih društvenih transformacija 21. stoljeća, s implikacijama na gotovo sve sektore društva. Glavnim čimbenicima koji određuju kvalitetu života starijih osoba smatraju se: dob, subjektivni zdravstveni status, mjesečni dohodak kućanstva, aktivnosti u slobodno vrijeme i pravednost zdravstvene nejednakosti.

U razdoblju od ožujka do lipnja 2024. godine provedeno je presječno istraživanje kojim se nastojala ispitati razina kvalitete života stanovnika starije životne dobi sa prebivalištem u Varaždinskoj županiji pomoću kratkog upitnika o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF), te prikazati odrednice koje starije osobe percipiraju neophodnima za svoju kvalitetu života. Sudjelovalo je 200 osoba starije životne dobi. U analizi podataka identificirana su tri latentna faktora - opće zadovoljstvo životom, tjelesno zdravlje i neovisnost, te financijska sigurnost ili emocionalna stabilnost. Analiza je pokazala statistički značajnu razliku u percepciji kvalitete života među različitim skupinama s obzirom na financije, spol, te obrazovnu razinu. Tako, muškarci češće prihvaćaju životne okolnosti te osjećaju veću financijsku stabilnost naspram žena. Osobe koje primaju zadovoljavajući iznos mjesečne mirovine svoju kvalitetu života ocjenjuju boljom naspram onih koji ju ne primaju (ili je ista niskog iznosa). Osobe sa višim stupnjem obrazovanja češće doživljavaju radost, aktivnije su u društvu i svoje zdravlje ocjenjuju boljim.

Za poboljšanje kvalitete života starijih potreban je multidisciplinarni tim - liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, psiholog i ostali. Zadaci magistre sestrištva jesu procjena, upravljanje, mjerenje, te praćenje napretka kvalitete života starijih osoba. Zadužena je za edukaciju, provođenje preventivnih programa, kao i za koordinaciju svih ostalih aspekata potrebnih za osiguranje adekvatne kvalitete života starijih osoba, jer jedini ispravan je holistički, individualizirani pristup svakoj starijoj osobi.

Ključne riječi: kvaliteta života starijih, čimbenici kvalitete života, holistički pristup

Summary

The World Health Organization defines quality of life as an individual's perception of his social position in the cultural context and value system in which he lives, and in relation to his own goals, expectations and standards. The world's population is rapidly aging, therefore population aging is becoming one of the most significant social transformations of the 21st century, with implications for almost all sectors of society. The main factors that determine the quality of life of the elderly are considered to be: age, subjective health status, finance, leisure activities and fairness of health inequality.

In the period from March to June 2024, a cross-sectional study was conducted, which attempted to examine the level of quality of life of elderly residents in Varaždin County, using a short questionnaire on the quality of life in the elderly (OPQOL-BRIEF), and to show the determinants that people perceive as necessary for their quality of life. 200 elderly people participated. Three latent factors were identified in the data analysis - general life satisfaction, physical health and independence, and financial security or emotional stability. The analysis showed a statistically significant difference in the perception of the quality of life among different groups according to finances, gender, and educational level. So, men more often accept life circumstances and feel greater financial stability compared to women. People who receive a satisfactory amount of monthly pension rate their quality of life as better compared to those who do not receive it (a low amount). People with a higher level of education experience joy more often, are more active in society and rate their health as better.

To improve the quality of life of the elderly, a multidisciplinary team is needed - a doctor, nurse, physiotherapist, psychologist and others. The role of the master's degree in nursing is to assess, manage, measure and monitor the progress of the quality of life of the elderly. She is in charge of education, the implementation of preventive programs, as well as the coordination of all other aspects necessary to ensure an adequate quality of life for the elderly, because the only correct approach is a holistic, individualized approach to each elderly person.

Keywords: quality of life of the elderly, factors, holistic approach

Popis korištenih kratica

SAD	Sjedinjene Američke Države
OECD	Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj
EU	Europska unija
≥	veće ili jednako
sur.	suradnici
UK	Ujedinjeno Kraljevstvo
i sl.	i slično
km²	kilometar kvadratni
COVID – 19	koronavirusna bolest 2019.
npr.	na primjer
DNA	deoksiribonukleinska kiselina
tj.	to jest

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Demografija	4
3. Starost i starenje.....	8
3.1. Starost	8
3.2. Starenje	9
3.2.1. <i>Teorije starenja</i>	11
3.2.1.1. Biološke teorije starenja.....	11
3.2.1.2. Socijalne teorije starenja	12
3.2.1.3. Psihološke teorije starenja	13
3.3. Uspješno starenje	14
3.3.1. <i>Biomedicinski aspekti uspješnog starenja</i>	15
4. Odnos društva prema starijima	18
4.1. Predrasude.....	19
5. Kvaliteta života	21
5.1. Modeli i mjere kvalitete života	21
5.1.1. <i>Dimenzije kvalitete života</i>	21
5.1.2. <i>Domene kvalitete života</i>	22
6. Kvaliteta života starijih osoba.....	24
6.1. Što kvaliteta života znači za starije osobe?.....	26
7. Istraživački dio rada.....	30
7.1. Cilj istraživanja	30
7.2. Hipoteze	30
7.3. Metode istraživanja.....	30
7.3.1. <i>Sudionici</i>	30
7.3.2. <i>Instrumenti</i>	31
7.3.3. <i>Postupak</i>	31
8. Rezultati	32
8.1. Analiza sociodemografskih podataka	32
8.2. Analiza kvalitete života	41
8.3. Analiza ostalih tvrdnji.....	43
8.4. Validacija upitnika uz faktorsku analizu	47
9. Rasprava.....	49
10. Zaključak	57
11. Literatura.....	59

1. Uvod

Američki pjesnik Samuel Ullman napisao je: „Nitko ne stari samo zbog prolaznosti vremena. Starimo napuštajući svoje ideale. Godine mogu naborati kožu, ali odustajanje od entuzijazma izgužva dušu [1].“

„Čovjek se ne prestaje igrati zato što ostari; ostari zato što se prestane igrati“ – rekao je irski dramatičar i dobitnik Nobelove nagrade za književnost 1925. godine, George Bernard Shaw [2]. Oba navedena citata dojmljivo govore o neizbježnom životnom razdoblju, starosti.

Starenje je prirodan proces i faza života koju svatko prolazi na svoj način, u svoje vrijeme i svojom brzinom. Starost se može smatrati jednim od najosjetljivijih razdoblja u životu. U procesu starenja sve oko starijih osoba postaje prilično osjetljivo i, racionalno je, da su prinuđeni oslanjati se na pomoć bližnjih radi preživljenja. Nerijetko su stariji u cjelosti nemoćni i potpuno ovisni o brizi drugih zbog čega je angažman obitelji, društva i politike neophodan kako bi se održala određena kvaliteta života [3].

Svjedoci smo svakodnevnog velikog napretka u zdravstvu koji je povećao životni vijek u razvijenim zemljama na neviđene razine, što je fenomen koji su zemlje u razvoju počele doživljavati. U tom procesu, medicinski i tehnološki napredak povećali su dugovječnost zajedno s blagostanjem. Produljenje očekivanog životnog vijeka jedno je od najvećih ljudskih postignuća u novije vrijeme, ali činjenica da se duže živi nosi vjerojatnost oboljevanja od kroničnih i onesposobljujućih bolesti koje uključuju sve veću ovisnost [3,4].

Ovisnost uzrokuju čimbenici kao što su dob, bolest i invaliditet. Predviđa se da će se broj uzdržanih višestruko povećavati sa starenjem stanovništva, što je trend koji je nezaustavljiv. U OECD-u očekivani životni vijek 1970. godine u prosjeku je iznosio 70 godina. Neposredno prije pandemije već je dosegao 81 godinu i nastavlja rasti. Tako stariji od 65 godina, koji su 1960. godine činili 9% ukupnog stanovništva sada čine 17,3%, a 2050. godine će činiti 26,7%. Stariji od 80 godina, skupina koja najviše pati od ovisnosti, danas čine za 4,6 % stanovništva. 2050. godine bit će ih dvostruko više nego danas. Podaci su to koji nam govore o godinama života, ali ne i o njegovoj kvaliteti. Eurostat je napravio indeks koji razlikuje godine „zdravog života“ od godina

„ograničene aktivnosti“. Građanin Europske unije koji navrší 65 godina života u prosjeku može doživjeti 86,6 godina za žene i do 83,1 godinu za muškarce. No, pola tog vremena, gotovo 10 godina u oba slučaja, proveli bi živeći s „ograničenom aktivnošću“, tj. ovisno o drugima [3].

Postoje velike razlike u ovom pokazatelju, što pokazuje da različiti zdravstveni sustavi i sustavi skrbi, pa čak i stilovi života, mogu produljiti zdrav život starijih osoba. Na primjer, u zemljama kao što je Švedska, zdrav život traje gotovo tri četvrtine starosti (do preko 80 godina), dok je u Latviji manji od jedne trećine [3].

Starost je stoljećima privlačila pažnju pisaca i filozofa. Usredotočili su se na teorije starenja i kako povećati dugovječnost. Iako im nije bio jasan uzrok starenja, a teorije su varirale od nepravilne prehrane do gubitka topline i vlage, smatrali su da se zdrava starost može pospješiti aktivnošću, adekvatnom prehranom i tjelovježbom. Tek je u 20. stoljeću medicinska i socijalna skrb za starije osobe dobila pozornost, čemu je nedvojbeno pridonio sve veći broj starijih [5].

Poznata je percepcija ranjivosti starijih osoba i opadanja kvalitete života zbog gubitka određenih fizičkih i mentalnih sposobnosti, izlaska sa tržišta rada sa ovisnošću o mirovinama, gubitka smisla „tradicionalne obitelji“, te izolacije zbog smrti poznanika (naročito supružnika) [6].

Briga za starije osobe kolektivna je odgovornost koju društvo ima, ali uloga obitelji nedvojbeno prednjači. Bilo da žive sa svojim obiteljima ili odvojeno, stariji bi trebali imati središnje mjesto i ulogu u obitelji kao prstenovi povezujući prošlost sa sadašnjošću [7].

Za starije osobe, obitelj je glavna socijalna i psihološka podrška. Transformacija proširene obitelji u nuklearnu ima značajan učinak na obitelji u ruralnim područjima, a broj proširenih obitelji koje pružaju osjećaj sigurnosti starijim osoba je sve manji zbog procesa društvenih promjena, industrijalizacije i urbanizacije. Obitelji postaju sve manje i njihove se strukture mijenjaju. Istraživanja pokazuju da stariji koji žive zajedno sa obitelji u ruralnim područjima imaju veću kvalitetu života, više su ispunjeniji i uzdržavaniji naspram onih u urbanim sredinama, te se poštuje njihov status autoriteta u obitelji. Proširene obitelji unutar tradicionalne strukture pogodnije su za ispunjavanje njihovih duhovnih i fizioloških zahtjeva. Međutim, stariji članovi također podupiru svoje obitelji u pogledu raznih dužnosti kao što su čuvanje djece,

obavljanje kućanskih poslova u okviru svojih sposobnosti, reguliranje međuljudskih odnosa u obitelji i sl. [8].

Kvaliteta života složen je, višestruk, pojam koji ima nekoliko međusobno povezanih komponenti: objektivnu, subjektivnu, makrodruštvenu, mikroindividualnu, pozitivnu i negativnu komponentu. Makro (društvena, objektivna) komponenta odnosi se na uloge prihoda, zaposlenja, stanovanja, obrazovanja te drugih životnih okolnosti, dok mikro (individualna, subjektivna) komponenta razmatra percepcije ukupne kvalitete života, iskustva pojedinaca i vrijednosti, te indikatore kao što su blagostanje, sreća i zadovoljstvo životom [9].

Unatoč porastu znanstvenih istraživanja u vezi kvalitete života, ne postoji općeprihvaćena definicija niti način njezinog mjerenja. Kvaliteta života u starijoj dobi i dobrobit češće su povezani s dobrim zdravljem i funkcionalnom sposobnošću, osjećajem osobne korisnosti, društvenim sudjelovanjem, međugeneracijskim obiteljskim odnosima, dostupnošću prijatelja i socijalne podrške te socioekonomskim statusom. Brojna istraživanja navode da je kvaliteta života starijih osoba uvelike određena njihovom neovisnošću, individualnošću i autonomijom [9].

Za potrebe ovog rada provedeno je presječno istraživanje u kojem se nastojala ispitati razina kvalitete života stanovnika starije životne dobi sa prebivalištem u Varaždinskoj županiji pomoću kratkog upitnika o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF), te odrednice koje starije osobe percipiraju neophodnima za svoju kvalitetu života.

2. Demografija

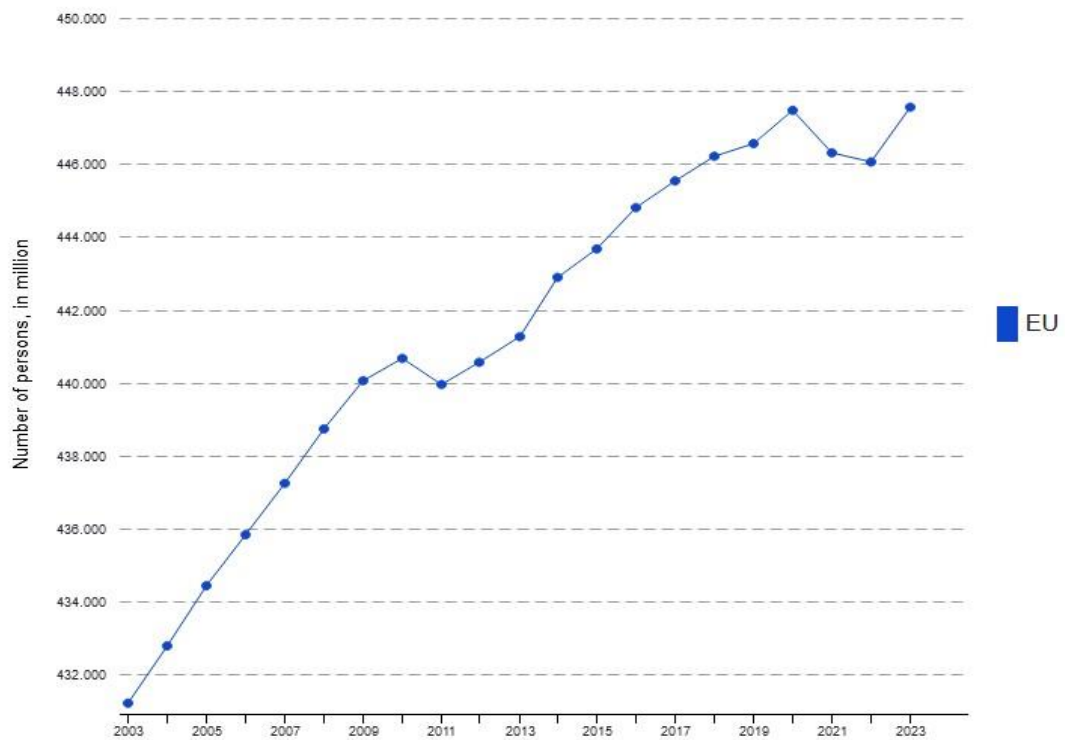
Životna dob ljudi diljem svijeta sve je duža. Danas većina ljudi može očekivati da će najmanje doživjeti svoje šezdesete [10].

Do 2030. godine 1 od 6 ljudi u svijetu imat će 60 ili više godina. Do 2050. svjetska će se populacija ljudi u dobi od 60 i više godina udvostručiti (2,1 milijarde). Očekuje se da će se broj osoba u dobi od 80 ili više godina utrostručiti između 2020. i 2050. i dosegnuti 426 milijuna [10].

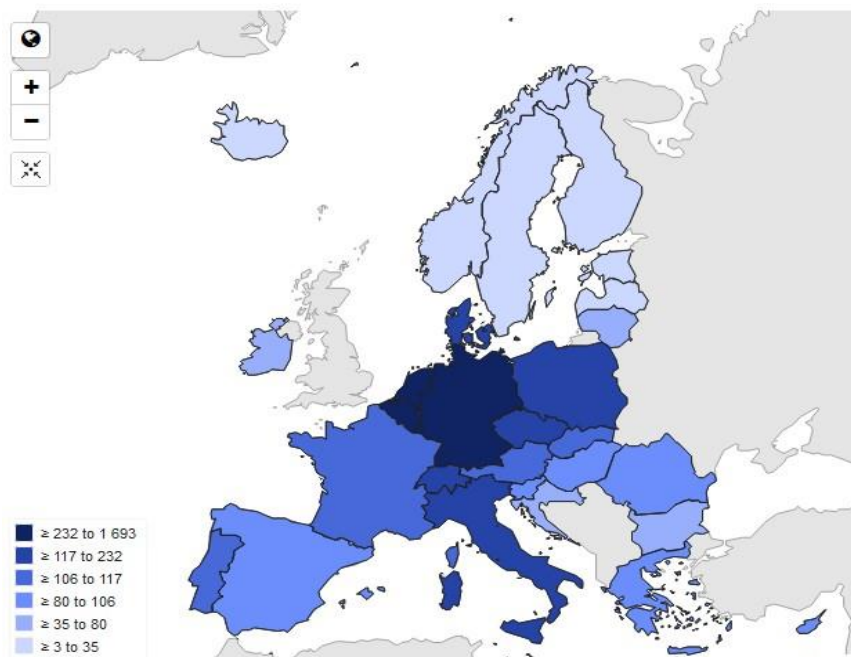
Smatra se da je demografski trend starenja započeo u zemljama s visokim dohotkom, a sada se trend nastavlja u zemljama sa srednjim i niskim dohotkom koje doživljavaju najveće promjene. Do 2050. godine, dvije trećine svjetske populacije starije od 60 godina živjet će u zemljama sa srednjim i niskim prihodima [10,11].

Tijekom dvadesetogodišnjeg razdoblja od 1. siječnja 2003. do 1. siječnja 2023. ukupna populacija EU povećala se s 431,2 milijuna na 448,8 milijuna, što je rast od 4% (*Grafikon 2.1.*). U tom je razdoblju 18 zemalja EU pokazalo porast broja stanovnika, a 9 ih je zabilježilo pad. Najveći relativni porast zabilježen je u Luksemburgu (47%), Malti (36%), Irskoj (33%) i Cipru (29%), dok je najveći relativni pad zabilježen u Latviji (-18%), Bugarskoj i Litvi (obje -17%), te Rumunjskoj (-12%). Najveći apsolutni porast zabilježen je u Francuskoj i Španjolskoj (obje 6,3 milijuna), dok je najveći apsolutni pad zabilježen u Rumunjskoj (-2,6 milijuna), Poljskoj (-1,5 milijuna) i Bugarskoj (-1,4 milijuna) [11,12].

Što se tiče gustoće naseljenosti u EU, prema podacima za 2022. godnu, najveća je zabilježena na Malti (1 693 osobe po km²), slijede Nizozemska (518 km²) i Belgija (384 km²). Kontradiktorno su bile Finska (18 osoba po km²) i Švedska (26) s najnižom gustoćom naseljenosti (*Slika 2.1.*) [11,12].



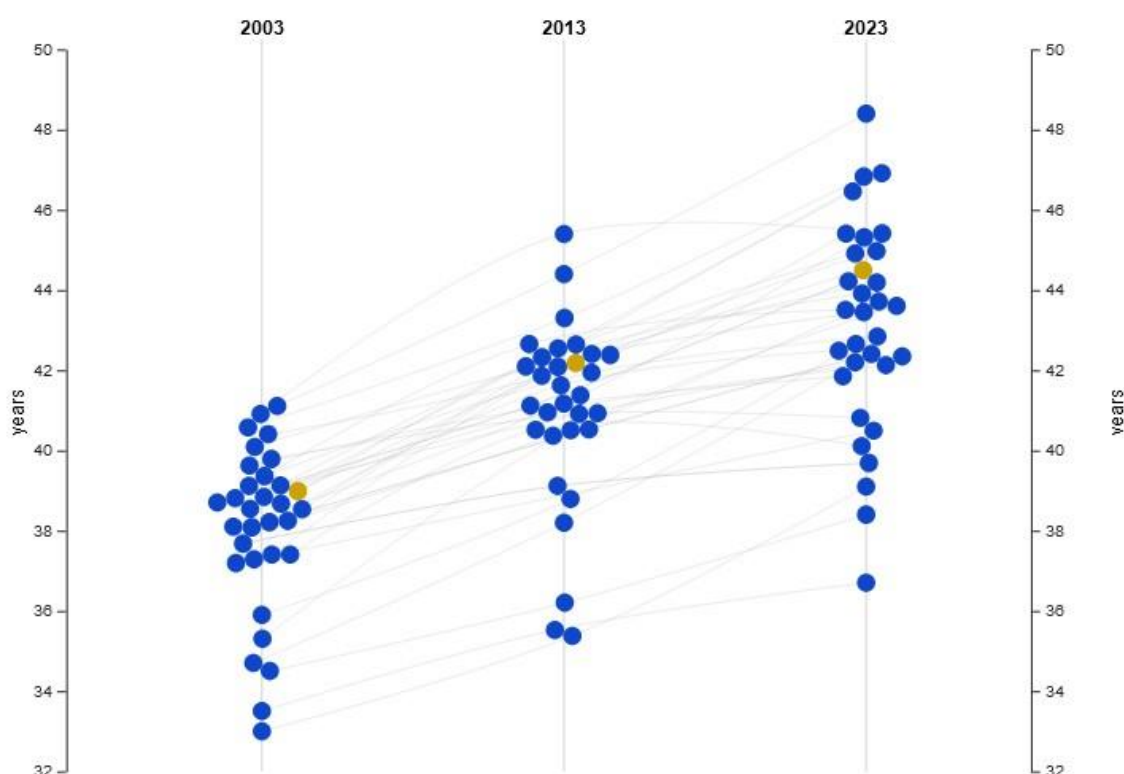
Grafikon 2.1. Kretanje stanovnika u zemljama EU, stanje 1. siječnja 2023.
 (Izvor: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024>)



Slika 2.1. Gustoća naseljenosti u EU (km²), 2022. godine
 (Izvor: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024>)

Prema podacima Eurostata (2023. god.), skoro je 5% više žena nego muškaraca u EU. Potvrdu ubrzanog starenja stanovništva daje podatak da je udio starijih od 80 godina porastao s 3,7% na 6,0% između 2003. i 2023. Udio mlađih od 15 godina smanjio se sa 16,4% na 14,9% između istog perioda [11,12].

Srednja dob se povećala u razdoblju od 2003. do 2023. godine: 2003. godine bila je 39,0 godina, 2013. godine porasla na 42,2 godine, a 2023. godine (1. siječnja) 44,5 godina. Navedeno signalizira povećanje od 5,5 godina srednje dobi u EU tijekom dvadesetogodišnjeg razdoblja (*Grafikon 2.2.*) [11,12].



Grafikon 2.2. Prosječna starost stanovništva u EU, 2003.-2023.g.

(Izvor: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024>)

U Europskoj uniji trend je negativnog prirodnog prirasta još od 2012. godine. Statistika pokazuje da žene u prosjeku žive 5,3 godine duže od muškaraca. Stanovništvo EU stari, a jedan od razloga je sve duži životni vijek. Očekivano trajanje života pri rođenju naglo je poraslo tijekom prošlog stoljeća zbog nekoliko čimbenika,

uključujući smanjenje smrtnosti dojenčadi, porast životnog standarda, poboljšane životne stilove i bolje obrazovanje, kao i napredak u zdravstvu i medicini [11,12].

Godine 2003. očekivani životni vijek pri rođenju u EU bio je 77,7 godina, vrijednost koja se povećala za 3,6 godina na 81,3 u 2019. Nakon izbijanja pandemije COVID-19 očekivani životni vijek pao je na 80,4 godine u 2020. i dalje na 80,1 godinu u 2021. Vratio se na 80,6 godina 2022. i na 81,5 godina 2023., što je 0,2 godine više od vrijednosti iz 2019. prije pandemije COVID-19 [11].

3. Starost i starenje

Starost i starenje dva su pojma koja se često krivo poistovjećuju. Usko su povezani, no potrebno je razlikovati starost od starenja. Starenje predstavlja proces promjena, a starost životno razdoblje [13].

3.1. Starost

Starost je zadnje životno razvojno razdoblje, a može se regulirati prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon umirovljenja), prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti) ili prema kronološkoj dobi (npr. nakon 65. godine života). Svemu navedenom je zajednička spoznaja da je starost razdoblje prema kojem svaki pojedinac stremlji, a odvija se bez obzira na rasu, ekonomski status ili spol [13].

Ne postoji univerzalno određena dob u kojoj se čovjek može smatrati „stariim“ u društvu. Biolozi se ne slažu oko postojanja inherentnog biološkog uzroka starenja. No, u većini suvremenih zapadnih zemalja dob od 60 ili 65 godina ispunjava uvjete za mirovinu i socijalne programe za starije osobe, iako mnoge zemlje i društva smatraju da se starost javlja bilo gdje od sredine 40-ih do 70-ih godina [14].

Određene studije klasificiraju starost prema kronološkoj dobi u tri skupine [15]:

- a) starije osobe (65 – 74 godine);
- b) stare osobe (75 – 84 godine);
- c) vrlo stare osobe (≥ 85 godina).

Početak starosti bavili su se mnogi pisci i znanstvenici tijekom stoljeća. Od antičke književnosti do suvremenog doba, većina stručnjaka locirala je početak starosti oko šezdesete, iako su neki mislili da počinje oko četrdesete. Visoke stope smrtnosti imale su zanemariv učinak na vrijeme kada se smatralo da počinje starost. Spol je možda imao veći utjecaj, jer se za žene dosljedno smatralo da stare brže od muškaraca. Općenito, dobni raspon za koji se smatra da počinje starost prilično je dosljedan. Unatoč tome, unutar povijesnog konteksta koegzistirala su različita mišljenja o početku starosti, a priznate su i razlike između starijih i vrlo starih osoba. U početku se smatralo da vanjski čimbenici utječu na početak starosti, ali kako je povijest

odmicala, sve veći naglasak stavljen je na odnos pojedinca s društvom i sposobnost obavljanja zadataka. S porastom formalnog umirovljenja, manje se naglasak stavlja na sposobnost pojedinca, a više na kronološku dob. Stoga se definiranje početka starosti vratilo na vanjske čimbenike, poput vladinih i ekonomskih definicija, te postalo temeljeno na kronološkoj dobi [16].

3.2. Starenje

Postoje brojne definicije starenja, a općenito se može reći da su to „disfunkcije povezane s vremenom“. Ova definicija implicira da su ljudi s vremenom i zbog niza uzročnih čimbenika izloženi oštećenjima koja se ne popravljaju na odgovarajući način. Kao posljedica toga dolazi do degeneracije i gubitka korisnosti na svim razinama (molekularnoj, staničnoj, tkivnoj, organskoj i društvenoj) s rezultirajućim neuspjehom normalne ljudske funkcije. Posljedica ove definicije je pomicanje naglaska s aspekta „zdravlje/bolest“ na „funkcionalni“. Drugim riječima, pojedinca se promatra u kontekstu personaliziranog okruženja, a ono što je uistinu bitno jest sposobnost te osobe da svlada zadatke i izazove, neovisno o tome boluje li osoba od određene bolesti ili ne [17].

Starenje podrazumijeva mehanizam u kojem se događaju promjene pod utjecajem dobi.

Najčešće se razlikuju tri osnovna segmenta starenja [14]:

- biološko – slabljenje u funkcioniranju organizma s vremenom;
- psihološko – promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje;
- socijalno – promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi.

Birren je dao rijetku definiciju starenja - definira ga kao pravilne ili redovite promjene reprezentativnih organizama u reprezentativnoj okolini koje se zbivaju s vremenom [18].

Slično govori Yates, prema kojoj je starenje svaka vremenski ovisna promjena (dobra, loša ili neutralna) nekog objekta ili sustava [14].

Pojam „starenje“ najčešće izaziva dvije osnovne negativne konotacije – propadanje (slabljenje) i kronološku dob (starost) kao glavne odrednice promjena u procesu starenja [19].

Starenje podrazumijeva povezanost s kronološkom dobi, ali se ne može poistovjetiti s njom. Na fiziološkoj razini, niti jedan organski sustav ne stari u istom trenutku, niti istim slijedom, niti istom brzinom. Na psihološkoj razini razlike mogu biti još veće, bilo unutar pojedinca, bilo među raznim pojedincima. Na socijalnoj razini postoje velike povijesne i kulturne razlike u odvijanju procesa starenja. Kronološka dob je djelatvoran organizirajući pokazatelj samo ako su individualne promjene dovoljno homogene da pokažu visoku korelaciju između kronološke dobi i promjene koju istražujemo. [19]

Literatura razlikuje primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje (fiziološko starenje/senescencija) podrazumijeva normalne, fiziološke procese koji su određeni unutarnjim, biološkim, čimbenicima, a koji su neizbježni i posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena, npr. menopauza u žena. Sekundarno starenje podrazumijeva patološke promjene i opadanje s godinama koje je posljedica vanjskih čimbenika (bolest, okolinski utjecaji kao što je utjecaj buke na slabljenje sluha, ponašanje, itd.) [20].

Vrijeme je jedan od bitnih elemenata u proučavanju promjena u procesu starenja. Razlikuje se: fizikalno (objektivno) vrijeme – mjereno satom ili kalendarom, biološko vrijeme – mjereno metaboličkim ritmom, psihološko vrijeme – mjereno subjektivnim iskustvom vremenskoga trajanja, socijalno vrijeme – mjereno očekivanjem društva da se nešto dogodi u životu. Također, razlikujemo kronološku dob (mjerenu brojem godina proteklim od rođenja), biološku dob (mjerenu brojem preostalih godina života), psihološku dob (mjerenu prilagodbenim sposobnostima osobe) i socijalnu dob (mjerenu socijalnim ulogama povezanim s kronološkom dobi, npr. uloga umirovljenika) [21].

3.2.1. Teorije starenja

Istočno društvo formuliralo je teorije starenja i raspravljalo o njima još od vremena starih Grka. No, ne postoji jedinstvena teorija koja može objasniti fenomen starenja. Dapače, znanstvenici su otkrili su da se nekoliko teorija može kombinirati za objašnjenje raznih aspekata složenog fenomena – starenja [22].

Ljudsko starenje pod utjecajem je spoja bioloških, psiholoških, društvenih, funkcionalnih i duhovnih čimbenika. Starenje se može promatrati kao kontinuum događaja koji se javljaju od začeća do smrti [23].

Biološke, socijalne i psihološke teorije starenja pokušavaju objasniti različite dimenzije starenja.

Biološke teorije starenja bave se sa osnovnim pitanjima u vezi s fiziološkim procesima koji se tijekom vremena događaju u svim živim organizmima [24].

Socijalne teorije starenja usredotočene su na uloge i odnose u koje se pojedinci uključuju u kasnijem životu [25].

Psihološke teorije starenja, pod utjecajem biologije i sociologije, bave se načinima na koje osoba odgovara na zadatke svoje dobi [26].

Moralne (duhovne) teorije starenja ispituju kako pojedinac nastoji objasniti i potvrditi svoje postojanje [27].

3.2.1.1. Biološke teorije starenja

Cilj bioloških teorija starenja je objasniti mehanizam starenja na razini stanica, organa i organizma. Biološke teorije starenja mogu se svrstati u dvije glavne skupine: programirane (nestohastičke, razvojne, genetičke) i stohastičke (neprogramirane, slučajne) teorije [28].

Programirane teorije objašnjavaju da je genetski određen ultimativni plan starenja, koji se aktivira odmah nakon reproduktivne zrelosti, no podložan je modificiranju pod utjecajem okoline. Osnovna je ideja da su specifični geni i njihove promjene odgovorni za dužinu života [13].

Programirane teorije obuhvaćaju iduće:

- a) teoriju pogreške – temelji se na ideji da se pogreške mogu pojaviti u transkripciji i sintezi DNA; te se pogreške nastavljaju i na kraju dovode do

sustava koji ne funkcionira na optimalnoj razini, a starenje i smrt organizma se mogu pripisati tim događajima [29];

- b) teoriju slobodnih radikala – slobodni radikali su nusproizvodi metabolizma koji, kada se nakupljaju, oštećuju staničnu membranu što smanjuje njezinu učinkovitost, a tijelo proizvodi antioksidanse koji hvataju slobodne radikale [24];
- c) teoriju unakrsnog povezivanja – teorija koja smatra da se s godinama proteini u tijelu umrežuju što onemogućuje normalne metaboličke aktivnosti, a otpadne tvari se nakupljaju u stanicama što daje optimalno neučinkovito funkcioniranje tkiva [24];
- d) teoriju trošenja i „habanja“ – teorija koja izjednačava čovjeka sa strojem (što pretpostavlja da je starenje rezultat uporabe) [24].

Nestohastičke teorije konstatiraju da je mehanizam starenja rezultat prolaznosti života, odnosno rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani bilo unutarnjim bilo vanjskim faktorima, npr. bolestima, ozljedama, štetnim tvarima i sl. [13].

Nestohastičke teorije obuhvaćaju:

- a) programiranu teoriju – normalne stanice dijele se ograničeni broj puta (pretpostavlja se da je očekivani životni vijek unaprijed programiran) [24];
- b) teoriju imuniteta – promjene se događaju u imunološkom sustavu, posebno kod T-limfocita, kao posljedica starenja što čini pojedinca ranjivijim na bolesti [30].

3.2.1.2. Socijalne teorije starenja

Sociološke teorije starenja objašnjavaju promjene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja, a koje se očituju u promjenama socijalnih aktivnosti, socijalnih interakcija i socijalnih uloga starijih osoba. Teorije, osim navedenog, objašnjavaju utjecaje društva i kulture na starenje te utjecaje starenja na društvo [13].

Socijalne teorije starenja obuhvaćaju:

- a) teoriju odvajanja – kako pojedinci stare, povlače se iz društva, a društvo to povlačenje podržava [31];
- b) teoriju aktivnosti/razvojnih zadataka – pojedinci moraju ostati aktivni kako bi uspješno starili jer je aktivnost neophodna za održavanje životnog zadovoljstva i pozitivnog samopoimanja [32];
- c) teoriju kontinuiteta – navike, obaveze, sklonosti i druge karakteristike ličnosti koje su se razvile tijekom odrasle dobi održavaju se i u starijoj odrasloj dobi [32];
- d) teoriju dobne stratifikacije – društvo se sastoji od kohorti koje kolektivno stare, a ljudi i uloge u tim skupinama mijenjaju se i utječu jedni na druge, kao i društvo u cjelini – postoji visok stupanj međuovisnosti između starijih osoba i društva [33];
- e) teoriju prilagodbe osobe i okoline – svaki pojedinac ima osobne kompetencije koje mu pomažu u ophođenju s okolišem, a koje se mogu mijenjati sa starenjem, utječući tako na sposobnost osobe da se poveže s okolinom [34].

3.2.1.3. Psihološke teorije starenja

Osnovna postavka psiholoških teorija starenja je da se razvoj ne završava kada osoba dosegne odraslu dob, ali ostaje dinamičan proces koji se događa tijekom životnog vijeka. Kako osoba stari, životne uloge, sposobnosti, perspektive i sustavi vjerovanja ulaze u fazu prijelaza. Psihološke teorije starenja su mnogo šireg opsega od prethodnih teorija jer su pod utjecajem biologije i sociologije. Stoga se psihološko starenje ne može lako odvojiti od bioloških i socioloških utjecaja. Kako osoba stari, dolazi do raznih adaptivnih promjena koje uključuju pamćenje, sposobnost učenja, osjećaje, intelektualne funkcije i motivacije za izvođenje ili neizvođenje određene aktivnosti. Psihološko starenje, dakle, ne uključuje samo promjene u ponašanje nego i razvojne aspekte vezane uz živote starijih osoba [35].

Psihološke teorije starenja obuhvaćaju:

- a) Maslowljevu hijerarhiju ljudskih potreba – ljudska se motivacija promatra kao hijerarhija potreba koje su ključne za rast i razvoj svih ljudi, a pojedinci se promatraju kao aktivni sudionici života koji teže samoaktualizaciji [36];

- b) Jungovu teoriju individualizma – smatra se da se razvoj odvija tijekom odrasle dobi, sa samoostvarenjem kao ciljem razvoja osobnosti, stoga kako pojedinac stari, sposoban je transformirati se u duhovnije biće [35];
- c) Eriksonovih osam faza života – svi ljudi dožive osam psihosocijalnih faza tijekom života, a svaka faza predstavlja krizu gdje je cilj integrirati fizičko sazrijevanje i psihosocijalne zahjeve pri čemu uspješno savladavanje priprema pojedinca za kontinuirani razvoj [36];
- d) selektivnu optimizaciju s kompenzacijom – fizička sposobnost opada s godinama, a pojedinac koji stari uspješno nadoknađuje te nedostatke selekcijom, optimizacijom i kompenzacijom [37].

3.3. Uspješno starenje

Znanstvenici često razlikuju uobičajeno, „normalno“ starenje od uspješnog starenja [20].

U normalnom starenju, okolina potiče procese primarnog, fiziološkog starenja. U uspješnom starenju, okolina ima neutralan ili pozitivan učinak. Shodno tome, starenje se više ne smatra nepromjenjivim, već promjenjivim procesom, uz pomoć medicinskih, psiholoških i okolinskih čimbenika [13].

Uspješno starenje je višedimenzionalni koncept koji obuhvaća domene fizičkog, funkcionalnog, socijalnog i psihološkog zdravlja, pa sve te dimenzije treba uzeti u obzir, kako s objektivnim tako i subjektivnim uvjetima, kada se proučava ovaj fenomen [38].

Kim i Park proveli su meta - analizu korelacije između uspješnog starenja i identificirali su četiri domene koje opisuju uspješno starenje: izbjegavanje bolesti i invaliditeta, posjedovanje visoke kognitivne, mentalne i fizičke funkcije, aktivan život te psihološku stabilnost [39].

Slično, u modelu „uspješnog starenja“ Fernandez-Ballesteros, uspješno starenje je definirano domenama zdravlja i svakodnevnih životnih aktivnosti, tjelesnog i kognitivnog funkcioniranja, društvenog sudjelovanja i angažmana te također pozitivnog utjecaja i kontrole. Kok i suradnici su u svojoj studiji otkrili da mnoge starije odrasle osobe stare relativno uspješno, no postoji varijacija između pokazatelja

karaktera uspješnog starenja, a kombinacije pokazatelja uspješnosti variraju i među pojedincima [40, 41, 42, 43, 44].

Određene osobe stare uspješno, čuvajući potpunu intelektualnu kompetenciju, neovisnost i dobro zdravlje do kraja svog života, dok druge rano propadaju i posljednje godine života provode oviseći o drugim osobama [13].

Uspješno starenje nema svoj utvrđen početak, ono ne započinje sa 65, 75 ili 80 godina. Ono počiva na načinu života kojim se nastoji održati zdravo tijelo i zdrav um (pravilna prehrana, tjelesna aktivnost, mentalni izazovi). Implementiranje takvih navika povezano je sa obrazovanjem osobe, stavovima, te podrškom obitelji i zajednice. Također se može potaknuti korištenjem tehnika za ublažavanje stresa i djelotvornim suočavanjem s promjenama. Stoga, uspješno starenje zahtijeva pozitivan pojam o sebi, koji se može održati procjenom vlastitih mogućnosti i odabirom sposobnosti u koje će osoba uložiti najveću preostalu motivaciju i snagu [13].

3.3.1. Biomedicinski aspekti uspješnog starenja

➤ Fiziološka funkcija

Sve veći broj pojedinaca doseže više od 80 godina što je dovelo do sve veće sklonosti multimorbiditeta, slabosti i invalidnosti u stariju populaciju. Kohortne studije pokazale su da su morbiditet i funkcionalna ograničenja povezana s nižom kvalitetom života u starosti. Nedavna istraživanja pokazuju da su dobro reproduktivno zdravlje i niska razina kardiovaskularnih čimbenika rizika u srednjoj dobi povezani s aktivnim i zdravim starenjem. Koncept uspješnog i zdravog starenja općenito je povezan s dugovječnosti i odsutnošću bolesti i invaliditeta, koja se temelji na definiciji uspješnog starenja Rowea i Kahna. Mnoge su se studije usredotočile na istraživanje dugovječnosti kako bi se definiralo uspješno starenje, naglašavajući važnost življenja vrlo dugog i zdravog života. Studija Andersen-Ranberga i suradnika sugerirala je da „zdravi stogodišnjaci ne postoje, ali postoje autonomni stogodišnjaci“, što pokazuje da dugovječnost može imati cijenu. Osim toga, vrlo malo stogodišnjaka bi se klasificiralo „uspješnima“, prema Rowe i Kahnovim kriterijima. Izbjegavanje bolesti i invaliditeta čest je kriterij i u ispitivanjima uspješnog starenja. Međutim, nedavne studije sugeriraju da odsutnost bolesti i invaliditeta nije najvažniji element u konceptu uspješnog

starenja, a osobe s kroničnim bolestima također mogu uspješno stariti. Model uspješnog starenja te model selektivne optimizacije s kompenzacijskim naknadama koji su predložili autori Baltes i Baltes uzimaju u obzir prilagodljive psihološke i socijalne mehanizme koji mogu nadoknaditi ograničenja fiziološkog zdravlja. Manierre je pokazao da model Younga i suradnika pruža holističku perspektivu uspješnog starenja među osobama s kroničnim bolestima [45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52].

➤ Kognitivna funkcija

Održavanje kognitivnih sposobnosti i sprječavanje poremećaja pamćenja ključni su ciljevi u starosti. Hartley i sur. su predložili da uspješno kognitivno funkcioniranje treba biti središnja komponenta uspješnog starenja. Kognitivni razvoj u starosti razlikuje se pojedinačno. Longitudinalne studije pokazale su da je sredina života kritično razdoblje za početak patologije kognitivnih poremećaja, iako su pokazatelji procesa bolesti još uvijek slabo shvaćeni. Nadoknada za promjene povezane sa starenjem, oslanjanje na pamćenje i kognitivna rezerva su teme koje bi mogle objasniti veće kognitivno funkcioniranje u starosti među nekim pojedincima. Prema njima, relativno veća funkcija može održavati relativno uspješnije starenje. Kognitivna funkcija obuhvaća percepciju, pažnju, pamćenje i veće funkcije. Depp i Jeste otkrili su da se 13 od 29 operativnih definicija uspješnog starenja sastoji od pokazatelja kognitivnog funkcioniranja, a osam od onih koristilo je alat za kliničku procjenu kao pokazatelji [53, 54].

➤ Fizička funkcija

Najkasnije razvijena domena uspješnog starenja je fizičko funkcioniranje. Održavanje fizičke funkcije važan je sastavni dio uspješnog starenja. Redovita tjelesna aktivnost tijekom životnog vijeka snažan je prediktor zdravog starenja. Smanjenje mišićne mase i mišićne snage povezano je s procesima starenja, ali i kroničnim bolestima i načinom života (prehrana, tjelesna neaktivnost). Sarkopenija je karakterizirana niskom mišićnom snagom i niskom mišićnom masom i količinom, a povezana je s razvojem funkcionalne invalidnosti. Sarkopenija je također komponenta krhkosti, što je sindrom koji se odnosi na

ranjivost na stres, gubitak rezervi i povećan rizik za funkcionalnu invalidnost i smrtnost. Pokazatelji performansi mobilnosti i fizičke funkcije dobro su poznati. Postoji konsenzus o mjerama i procjenama, na primjer, brzina hodanja izvrstan je pokazatelj cjelokupnog zdravlja i predviđa održavanje fizičke funkcije. Pokazatelji performansi mobilnosti i fizičke funkcije mogu uključivati i objektivne i subjektivne mjere, na primjer, sposobnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti i fizičkih testova. Kronična bolest je uobičajeno stanje u starijih osoba koja doprinosi funkcionalnom opadanju i ograničenju aktivnosti [55, 56, 57].

4. Odnos društva prema starijima

Osnovni uzroci porasta broja starijih osoba su bolji ukupni uvjeti života, bolja ishrana, smanjeni mortalitet u djetinjstvu, smanjeni natalitet, bolja zdravstvena zaštita, kontrola zaraznih bolesti, prevencija i liječenje kroničnih bolesti te migracijski procesi. Za usporedbu, prosječna dužina života ljudi na početku ere, prije oko 2000 godina, iznosila je oko 30 godina, zatim na početku 20. stoljeća je iznosila oko 50 godina, a u današnje vrijeme, od početka 21. stoljeća iznosi oko 75 godina [13].

Tradicionalno, starenje se smatralo negativnim procesom, što je dovelo do gubitka društvenih, fizičkih i kognitivnih domena. U 1980.-ima su se promijenili stavovi o starenju, s pozitivnim pogledom na starenje, uključujući fokus na uspješno starenje. Međutim, pojavljuje se novi konstrukt starenja. U stvarnosti, starenje za većinu starijih osoba uključuje novonastale bolesti, invaliditet, usamljenost i kognitivno oštećenje [58].

Mnogi medijski prikazi starijih osoba odražavaju negativne kulturne stavove prema starenju. U Sjevernoj Americi društvo nastoji veličati mlade, povezujući ih s ljepotom i seksualnošću. U komedijama su starije osobe često povezane s neprijateljstvom. Rijetko uloge starijih ljudi prenose puninu života koju oni doživljavaju - kao zaposlenici, ljubavnici ili brojne uloge koje imaju u stvarnom životu. Jedna od prepreka za potpunije shvaćanje društva o starenju jest da ga ljudi rijetko razumiju dok sami ne dosegnu staru dob, stoga su mitovi i pretpostavke o starijim osobama i starenju neuobičajeni. Dok pojedinci često nailaze na stereotipe povezane s rasom i spolom, te je stoga vjerojatnija kritičnost o njima, mnogi ljudi prihvaćaju dobne stereotipe bez propitkivanja [59].

Dok su posebnosti sazrijevanja u odraslu dob izvor ponosa, znakovi prirodnog starenja mogu biti uzrok srama ili sramote. Neki se ljudi pokušavaju boriti protiv pojave starenja sa estetskim kirurškim zahvatima. Iako mnogi stariji izvješćuju da su njihovi životi više zadovoljavajući nego ikad, a njihovo samopoštovanje je jače nego kad su bili mladi, još uvijek su podložni kulturnim stavovima zbog kojih se osjećaj nevidljivo i devalvirano [59].

Postoje mnoga istraživanja o stavovima odraslih prema starijima na Zapadu i u Aziji. Većina studija je otkrila da zapadna društva imaju negativnije stavove prema starijim osobama od azijskih društava koja imaju pozitivnije stavove. Razlika u odnosu

prema starijima između društava je posljedica kulturnih razlika. Međugeneracijski odnos između starijih i odraslih dio je kolektivnih azijskih kultura. S druge strane, individualistička priroda zapadnih kultura dovela je do samostalne neovisnosti bez uključivanja drugih pojedinaca. Stoga ne iznenađuje da su mnoge starije osobe u Aziji tijekom starenja živjele sa svojom djecom u usporedbi s onima na Zapadu koje žive same ili u formalnim ustanovama za starije osobe [60, 61, 62, 63, 64, 65, 66].

Svako društvo gradi sliku sebe koja se mijenja kroz vrijeme, razvijajući se u skladu s različitim povijesnim, društvenim, političkim i kulturnim kontekstima i društvenom klasom, čime se prilagođava i fluktuiraju. Snažne i stabilne slike pretvaraju se u društvene stereotipe [66].

Stavovi prema starijim osobama uključuju osjećaje, spoznaje i ponašanja povezana s procesom starenja kao osobnim iskustvom. Pojam ageizam kreirao je Robert Butler (1969.), a odnosi se na predrasude usmjerene prema jednoj skupini zbog njihove dobi. Obuhvaća i stereotipe i diskriminaciju na temelju dobi. Iako se ageizam može usmjeriti prema mlađim odraslim osobama, obično se odnosi na negativne asocijacije i ponašanja usmjerena prema starijim odraslim osobama. Palmore (1999.) tvrdi da postoji najmanje devet glavnih kategorija negativnih stereotipa povezanih sa starošću: bolest, impotencija, ružnoća, mentalna slabost, mentalne bolesti, beskorisnost, izolacija, siromaštvo i depresija. Stoga se starije osobe često smatraju bolesnicima, usamljenima, dosadnima, žive u siromaštvu, a često „iritiraju i ljute“ [67, 68, 69, 70].

4.1. Predrasude

Danas, u zapadnim zemljama, i dalje su zastupljena pretežno negativna vjerovanja o starenju. Mitovi svoj temelj imaju u nedovoljnom znanju o starenju i iskustvu u odnosima sa starijim osobama. Mnogi nemaju običaj razmišljati o vlastitom starenju. Štoviše, izbjegava se misliti o tome ili se šali na tu temu. Te su predrasude toliko prisutne da i mnogi stariji ljudi vjeruju u njih, što im nepotrebno otežava prilagodbu na starenje [71].

Neke od tipičnih predrasuda o starenju jesu [71]:

- „svi stariji su isti“;
- „stari ljudi su senilni“;
- „starost je pasivna“;

- „stari ljudi su seksualno neaktivni“;
- „stari ljudi su čvrstih, nedokazanih stavova“;
- „stari ljudi nisu zainteresirani i nemaju učinka“;
- „stari ljudi teško pamte“;
- „ljudi s godinama postaju svojeglavi“;
- „stari ljudi su bespomoćni“;
- „što su ljudi stariji, više vjeruju u Boga.“

Starenje podrazumijeva stjecanje zrelosti, postajanje odgovornijom i poštenijom osobom. Proces starenja može imati negativnu percepciju u onih koji ga gledaju pesimistički, što smanjuje zadovoljstvo koje je osoba stekla starenjem. Često se smatra izazovnim procesom tijekom kojeg pojedinci gube povjerenje i doživljavaju gubitak produktivnosti. Značajni pad društvenog i kulturnog statusa uočen je u starijih osoba tijekom proteklog stoljeća kao rezultat industrijalizacije i modernizacije. Industrijsko doba i tehnološki napredak povećali su potrebu za učinkovitim i brzim radom ljudi te postali konkurencija starijima. Takve promjene su imale učinak smanjenja potrebe za radom i aktivnošću starijih osoba [72].

Nekoliko studija je pokazalo da članovi mlađih generacija sada pokazuju više negativnih stavova prema starijim osobama nego što je prije bilo slučaj. Negativna uvjerenja i stavovi prema starijim osobama sve su češći, što povećava prepreke s kojima se starije osobe suočavaju prilikom zaposlenja. Posljedično, starije osobe često se smatra samo pasivnim primateljima socijalne skrbi, čak mogu biti i optuženi kao teret za mlađu generaciju. Uvjerenje da su starije osobe manje vrijedne doprinose, ranije spomenutom, ageizmu [72].

5. Kvaliteta života

Kvaliteta života je koncept koji obuhvaća dobrobit, bilo populacije ili pojedinca, u pogledu pozitivnih i negativnih elemenata u cijelosti i njihovo postojanje u određenom trenutku. Na primjer, uobičajeni aspekti kvalitete života uključuju osobno zdravlje (fizičko, mentalno i duhovno), odnose, obrazovni status, radno okruženje, društveni status, bogatstvo, osjećaj sigurnosti, slobodu, autonomiju u donošenju odluka, društveno pripadanje i njihovo fizičko okruženje [73].

Svjetska zdravstvena organizacija objašnjava kvalitetu života kao subjektivnu procjenu percepcije stvarnosti u odnosu na postavljene ciljeve. Jedinica za istraživanje kvalitete života na Sveučilištu u Torontu definira kvalitetu života kao „koliko osoba može uživati u cijenjenoj mogućnosti svog života“. Bitno je razlikovati kvalitetu života i druge, donekle slične, koncepte koji se mogu pomiješati, kao što su životni standard i kvaliteta života povezani sa zdravljem. Kvaliteta života se razlikuje od navedenog po tome što se životni standard uglavnom temelji na ekonomskom statusu i dohotku [73].

Postoje tri pristupa mjerenju kvalitete života: normativno - norme koje diktiraju uvjerenja, načela i filozofiju što je dobar život, zatim zadovoljstvo preferencijama - kvaliteta života ovisno o dostupnosti roba i usluga te sposobnosti da ih osoba stekne, te subjektivna procjena - dobar život je onaj koji je doživljen kao takav. Posljednja dva pristupa obično se koriste u razvoju mjera kvalitete života [74].

5.1. Modeli i mjere kvalitete života

5.1.1. Dimenzije kvalitete života su [74]:

- a. objektivna – na temelju opažanja okoline, odnosno društva. Pokazatelji su životni standard, dohodak, obrazovanje, zdravstveno stanje i dugovječnost. Primjer definicije kvalitete života u objektivnoj dimenziji glasi: „upravljanje pojedinca nad resursima u obliku novca, imovine, znanja, mentalne i fizičke energije, u društvenim odnosima i tako dalje, pomoću kojih pojedinac može kontrolirati i svjesno usmjeravati svoje životne uvjete“.
- b. subjektivna – na temelju psiholoških odgovora pojedinca kao što su zadovoljstvo životom, sreća i samoprocjena. Primjer definicije kvalitete života u subjektivnoj dimenziji glasi: „kvaliteta života definirana je kao percepcija pojedinca o vlastitom položaju u životu u kontekstu kulture i sustava

vrijednosti u kojem pojedinac živi, u odnosu na svoje ciljeve, očekivanja, standarde i brige [74].

5.1.2. Domene kvalitete života su [74]:

- a) tjelesno zdravlje – opće (samoprocjena zdravlja), određene bolesti (npr. astma);
- b) psihološko zdravlje – subjektivno blagostanje, sreća, zadovoljstvo životom;
- c) socijalno (društveno) zdravlje.

Višestrukim čimbenicima tijekom procjene kvalitete života mogu se smatrati, prema istraživanjima: život u zdravom i pouzdanom okruženju, uz praktičnost pristupa potrebnim uslugama, zadovoljavanje Maslowljeve hijerarhije potreba, zdravstveno stanje koje ne sprječava zahtjeve svakodnevnog života, prisutnost socijalne podrške, pronalaženje smisla u životu, mogućnost rada, proizvodnje i stabilnih financijskih uvjeta [75].

Kvaliteta života može se smanjiti iz različitih razloga, na primjer, može biti u padu zbog bolesti. Kvaliteta života smatra se značajnim čimbenikom u predviđanju psihijatrijskih poremećaja. Na primjer, objavljeno je da niska kvaliteta života u mladosti povećava mogućnost anksioznih poremećaja i agorafobije u starosti. Uočeno je da se kvaliteta života nastavila smanjivati nakon pojave tih poremećaja, stvarajući tako uzastopni proces. Štoviše, podrazumijeva se da je niska kvaliteta života jedan od determinantnih čimbenika u prevalenciji višestrukih poremećaja istodobno (npr. poremećaj depresije i tjeskobe, anksioznosti i ovisnosti o alkoholu) [74].

Budući da je realizirano da smanjenje samo simptoma neće biti dovoljno za dugoročni oporavak, više se pažnje posvećuje poboljšanju okolišnih i društvenih uvjeta [75].

Sveučilište u San Antoniu, američkoj saveznoj državi Teksas, provelo je 2016. istraživanje kojim su nastojali ispitati dva aspekta kvalitete života unutar gradske četvrti: povezanost zajednice i sigurnost. Na temelju postojeće literature, pretpostavljeno je da će stanovnici gradskih središta pokazati relativno nisku razinu povezanosti sa zajednicom, kao i nisku razinu percipiranih sigurnih životnih uvjeta u svojoj zajednici. Ova dva široka područja analizirala su se korištenjem niza prediktorskih varijabli uključujući dobne skupine, rasu, spol, obrazovanje, status zaposlenja i duljinu statusa stanovnika zajednice. Četvrt grada u San Antoniju u Teksasu poslužila je kao studija slučaja za ovaj istraživački pothvat. Prikupljanje podataka provedeno je anketiranjem odraslih stanovnika korištenjem sustavnog dizajna slučajnog uzorka [76].

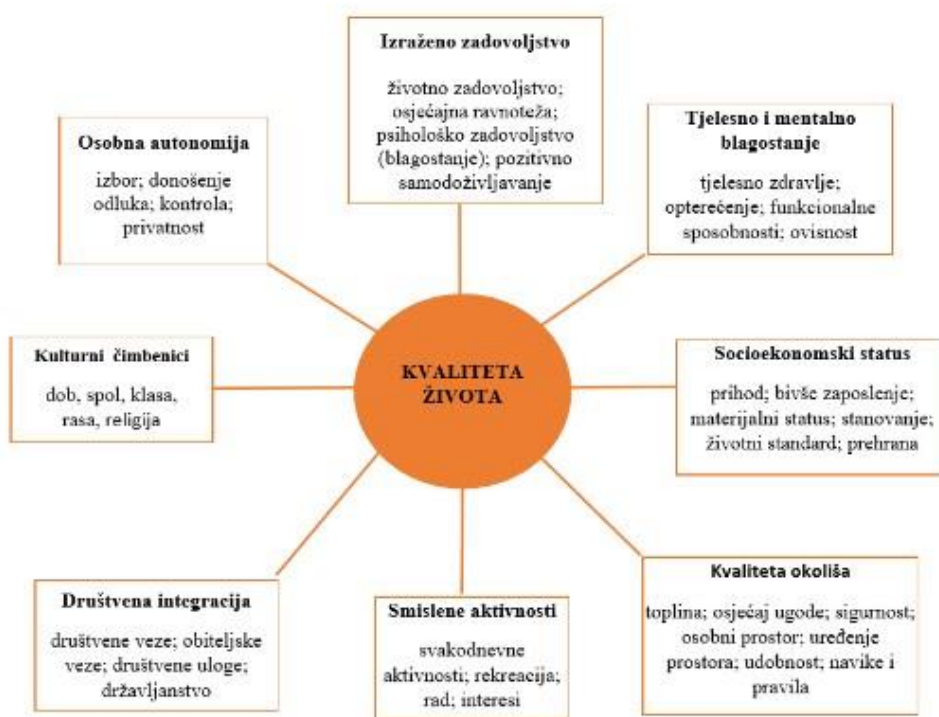
Nalazi istraživanja sugeriraju da se percepcije stanovnika četvrti Eastpoint prilično razlikuju od općih tvrdnji o gradskim četvrtima u literaturi. Općenito, stanovnici su naveli da se osjećaju sigurno prema nizu sigurnosnih pokazatelja, pri čemu rasa, obrazovanje, status zaposlenja, dob i duljina boravka u susjedstvu nemaju relativno nikakav utjecaj na te percepcije. S obzirom na spol, žene su pokazale nižu razinu percipirane sigurnosti u usporedbi s muškarcima [76].

Što se tiče percepcije povezanosti zajednice, odgovori stanovnika bili su prilično pozitivni. Stariji stanovnici i oni koji su duže živjeli u Eastpointu pokazali su višu razinu povezanosti. Nadalje, utvrđena je slaba veza između obrazovnog statusa i percepcije društvene povezanosti. Oni s višim obrazovnim statusom imali su tendenciju izražavanja niže razine povezanosti sa zajednicom. Status zaposlenja, spol i rasa nisu utjecali na percepciju povezanosti [76].

Ustanovljeno je da su za gradsko susjedstvo više razine percepcije sigurnosti bile u pozitivnoj korelaciji s višim razinama povezanosti zajednice, kao što tvrdi teorija kolektivne učinkovitosti. Mnoga provedena istraživanja sugeriraju da demografija gradskih četvrti (rasni sastav i socioekonomski status) negativno utječe na percepciju sigurnosti i povezanosti zajednice. Provedeno istraživanje dalo je rezultate koji su u suprotnosti s navedenim negativnim utjecajima [76].

6. Kvaliteta života starijih osoba

Kvaliteta života brzo postaje standard mjere dugotrajne skrbi i ishod gerontologije. Iako pitanje kvalitete života predstavlja sve veći interes vezano uz starenje, nije sasvim jasno kako ga mjeriti, posebno glede starijih osoba. Hughes je predstavio sveobuhvatan, integrirani konceptualan model kvalitete života primjenjiv na starije ljude (Slika 6.1.). Ovaj holistički model proširuje koncept kvalitete života povezan sa zdravljem uključujući nefizičke aspekte blagostanja. Svaka od domena podijeljena je na nekoliko dimenzija u nastojanju da se operacionalizira koncept kvalitete života - prikazane domene i pokazatelji važni su čimbenici u određivanju percepcije kvalitete života starijih odraslih osoba. Razumijevanje kvalitete života i načina kako ga sveobuhvatno mjeriti predstavlja značajne implikacije za socijalnu politiku i praksu u području starenja [77].



Slika 6.1. Konceptualni model kvalitete života

(Izvor: <https://repozitorij.unizd.hr/islandora/object/unizd%3A3167/datastream/PDF/view>)

Koreja trenutno doživljava najbrže starenje stanovništva u svijetu, a prosječni životni vijek brzo se povećao. 2022. godine provedeno je istraživanje u kojem se nastojalo utvrditi koji su to glavni čimbenici koji utječu na kvalitetu života starijih osoba u Koreji. Glavni čimbenici za koje je utvrđeno da određuju kvalitetu života starijih osoba bile su dob, subjektivni zdravstveni status, mjesečni dohodak kućanstva, aktivnosti u slobodno vrijeme i zdravstvena nejednakost. Utvrđeno je da što je dob veća, to je niža kvaliteta života. Nadalje, što je veći subjektivni zdravstveni status, mjesečni dohodak kućanstva, sudjelovanje u aktivnostima u slobodno vrijeme i percepcija pravedne zdravstvene jednakosti, to je bolji utjecaj na kvalitetu života starijih osoba [78].

U istraživanju pojedinaca od 65 godina ili više, ispitanici su bili upoznati s pojmom kvalitete života i o njemu su govorili pozitivno ili negativno. Gotovo dvije trećine ispitanika opisalo je svoju kvalitetu života kao pozitivnu ili vrlo pozitivnu. Pozitivno su ocijenili kvalitetu svog života na temelju usporedbe s drugima, socijalne kontakte, posebno s obitelji i djecom, zdravlje, materijalne prilike i aktivnosti. U negativnim ocjenama naglašavali su ovisnosti i funkcionalna ograničenja, smanjene socijalne kontakte nastale smrću prijatelja i članova obitelji. Obitelj, društvene aktivnosti i socijalni kontakti bili su faktori za koje su smatrali da im daju kvalitetu života. Nasuprot, smatrali su da loše zdravlje i funkcionalna ograničenja oduzimaju kvalitetu života. Jedan od značajnih nalaza ove studije je da procjena kvalitete života treba uključivati i druge čimbenike osim zdravlja. Međutim, u brazilskoj studiji koja je koristila sličnu metodologiju, zdravlje je bilo najčešći odgovor na većinu pitanja o tome što trenutno nije u redu i što bi moglo povećati ili smanjiti njihovu kvalitetu života [74].

U nedavnoj studiji iz Švedske, muškarci i žene stariji od 67 godina upitani su kakva je kvaliteta života za njih; odgovori prema rangu bili su društveni odnosi, zdravlje, aktivnosti, funkcionalna sposobnost, dobrobit, život u vlastitom domu, osobne financije te osobna uvjerenja i stavovi. Za njih su život u vlastitom domu i socijalni odnosi bili važni za kvalitetu života [74].

Gabriel i Bowling pokušali su razviti konceptualni okvir o kvaliteti života koristeći stajališta starijih ljudi. Čimbenici koji poboljšavaju kvalitetu života bili su dobri odnosi s djecom, obitelji, prijateljima i susjedima, dobre javne usluge (prilagođeni i besplatni

prijevoz, prilazi u zgrade), psihološki čimbenici (optimizam, pozitivna stajališta), aktivan angažman u društvenim aktivnostima (volontiranje) i sl.

Stoga, gore navedeno jasno pokazuje da kvaliteta života nadilazi samo zdravlje, drugi čimbenici poput dobrih društvenih odnosa, aktivnosti i sposobnosti sudjelovanja u društveno i osobno značajnim aktivnostima te nepostojanje funkcionalnih ograničenja ponekad su važniji za starije osobe [74].

6.1. Što kvaliteta života znači za starije osobe?

2019. godine provedena je meta - analiza „*što kvaliteta života znači za starije osobe?*“

Uključeno je 48 kvalitativnih studija koje predstavljaju stavove više od 3400 starijih osoba koje žive kod kuće u 11 zapadnih zemalja. Većina studija provedena je u SAD-u (13 studija), Švedskoj (8 studija), Velikoj Britaniji (7 studija) i Kanadi (7 studija). Uzorci su bili vrlo raznoliki, uključujući između ostalog starije žene udovice koje žive u ruralnim i udaljenim područjima u Australiji, udomljene bake i djedove iz Missourija (SAD), starije osobe koje primaju palijativnu skrb u Švedskoj i starije muškarce koji žive u Londonu (UK). Sudionici su najčešće regrutirani putem organizacija za skrb i centara za starije osobe ili putem sudjelovanja u epidemiološkim kohortnim studijama. U gotovo svim studijama polovica sudionika ili većina sudionika bile su žene. Prijavljena srednja dob kretala se od 71 do 91 godine. Najčešći prijavljeni razlozi za isključivanje sudionika bili su manje ili veće kognitivno oštećenje, nemogućnost komunikacije na određenom jeziku ili manje specifični razlozi zbog kojih nisu mogli sudjelovati ili dati informirani pristanak. Devet studija koristilo je grupne intervjuue za prikupljanje podataka, pet studija temeljilo se na otvorenim pitanjima u anketi, a preostale studije su koristile individualne intervjuue. Sinteza 48 studija rezultirala je kategorizacijom aspekata kvalitete života u devet domena kvalitete života: „osjećati se zdravim i neograničen svojim fizičkim stanje“ (zdravstvena percepcija), „biti u stanju upravljati sam, zadržati dostojanstvo i ne osjećati se kao teret“ (autonomija), „provoditi vrijeme radeći aktivnosti koje pridonose osjećaju vrijednosti, radosti i uključenosti“ (uloga i aktivnost), „imati bliske odnose koji daju osjećaj podrške i pripadnosti drugima“ (odnosi), „gledanje na svijetlu stranu života“ (stav i prilagodba), „osjećaj mira“ (emocionalna uгода), „osjećaj privrženosti te doživljavanje vjere i

samorazvoja iz uvjerenja, rituala i unutarnjeg promišljanja“ (duhovnost), „osjećaj sigurnosti kod kuće i život u ugodnom i pristupačnom susjedstvu“ (dom i susjedstvo) i „ne osjećati se ograničeno svojom financijskom situacijom“ (financijska sigurnost). Rezultati analize pokazuju da starije odrasle osobe cijene autonomiju i život kod kuće. Uz sve više i više starijih osoba koje stare kod kuće, bit će neizbježna povećana potreba za uslugama skrbi i podrškom. Skrb i podrška za starije odrasle osobe koje žive kod kuće trebala bi biti usmjerena na poboljšanje ili održavanje kvalitete života, prije svega na domene kvalitete života koje oni sami cijene.

Važno je da pružatelji usluga i stručnjaci za skrb shvate da su domene kvalitete života snažno isprepletene, što znači da promjene u jednoj domeni snažno utječu na druge domene kvalitete života.

Zdravlje se spominje kao nužan, a ponekad čak i najvažniji element kvalitete života. „*Iznad svega, biti zdrav je najvažnija stvar za kvalitetan život, ostalo dolazi kao dodatak*”. Percepcija zdravlja djelomično je određena mjerom u kojoj su se starije osobe osjećale aktivnima ili su patile od fizičkih, mentalnih i kognitivnih poremećaja. Uznemirujući simptomi, funkcionalna ograničenja i nuspojave lijekova (kao što su loša ravnoteža, loše pamćenje, bol, gubitak vida i umor) značajno su smanjili njihovu kvalitetu života. Neke starije osobe predane su poboljšanju svoje kvalitete života pokušavajući utjecati na svoje zdravlje pozitivnim stavom i aktivnim stilom života. Dobro zdravlje olakšava obavljanje značajnih aktivnosti, brigu o sebi, obavljanje kućanskih poslova, izlaske, komunikaciju i društveno sudjelovanje. Murphy i sur. primjetili su da su stariji odrasli počeli redefinirati zdravlje u smislu sposobnosti, a ne odsutnosti bolesti, posebno kako je tjelesno funkcioniranje sudionika opadalo, npr. „*zdravlje je u velikoj mjeri sposobnost brinuti se o sebi* „. Samo kada su starije odrasle osobe bile ozbiljno ograničene u svom kretanju i radu, iskusile su loše zdravlje. Takva su iskustva bila povezana s negativnim emocijama tuge i tjeskobe.

Mnogi stariji spominju želju da ostanu neovisni što je duže moguće - „*Ako se oporavim od ovoga i budem mogao brinuti o sebi, onda ću biti zadovoljan. Važno je ne smetati drugima i biti u stanju izvršavati dužnosti koje mogu*“. Bryant i sur. su primijetili da su ispitanici s ponosom ili zadovoljstvom govorili o svojoj neovisnosti, govoreći na primjer „*mi se možemo brinuti sami za sebe*“ i dajući primjere svega što još uvijek

rade. Nekoliko sudionika navelo je da bi najgora zamisliva situacija bila postati potpuno ovisan o drugima ili završiti u staračkom domu.

Samostalno obavljanje aktivnosti i dnevnih rutina pridonosi osjećaju kontrole. Na primjer, obavljanje kućanskih zadataka bez pomoći implicira da starije odrasle osobe mogu same odlučiti kada i kako će to učiniti; tj. prema vlastitim specifikacijama.

Autori uključenih studija primijetili su da osjećaji tereta, krivnje i neugodnosti zbog ovisnosti utječu na sliku starijih osoba o sebi. To bi mogao biti razlog zašto su se mnoge starije osobe, umjesto da priznaju da su ovisne, okarakterizirale kao neovisne naglašavajući stvari koje još uvijek mogu učiniti. Fokusiranje na preostale sposobnosti, osobnu njegu i izgled pomaže zadržati dostojanstvo, a kada je njega potrebna - pružanje pomoći i tretiranje s poštovanjem osobnog identiteta, želja i vrijednosti.

U gotovo svim studijama ispitanici navode da je za njihovu dobrobit važno „biti zauzet“, „biti aktivan“ i „imati nešto za raditi“ kako bi izbjegli dosadu i potonuli u apatiju. Ispitanici su spomenuli širok raspon vrijednih aktivnosti koje su unijele radost ili smisao u njihov život uključujući hobije, mentalne i tjelesne aktivnosti ili više društveno usmjerene aktivnosti, kao što su izlasci, putovanja i sudjelovanje u grupnim aktivnostima. Kako bi se osjećali vrijednima i stekli osjećaj svrhe, starije odrasle osobe spomenule su da im je važno nastaviti pomagati drugima, na primjer volontiranjem, čuvanjem djece ili brigom za bolesne rođake. Čineći to, osjećaju da pridonose društvu i ispunjavaju ulogu.

Starije osobe čvrsto vjeruju da pozitivan stav pomaže u postizanju dobre kvalitete života. Stariji ljudi koji su prihvatili takvu životnu filozofiju opisali su svoj moto kao: „ostani pozitivan, uživaj u životu, budi sretan s malim stvarima, izvuci najbolje od života i zadrži svoj humor, optimizam i znatiželju“. Naglašavaju da se ne treba samosažalijevati, stalno žaliti ili samo sjediti i ne raditi ništa.

Usamljenost, obično kao rezultat žalosti ili preseljenja u novu zajednicu, ima snažan negativan utjecaj na kvalitetu života starijih osoba. Biti religiozan ili duhovan može podržati starije odrasle osobe u prihvaćanju invaliditeta ili psihološke nevolje, u suočavanju s promjenama i zadovoljstvu životom.

U nekim od uključenih radova, domene kao što su „percepcija zdravlja“, „dom i susjedstvo“, „duhovnost“ i „financijska sigurnost“ okarakterizirane su kao instrumenti

ili resursi za druge domene kvalitete života, jer neke starije osobe spominju te teme samo kao pomoć za prilagodbu i aktivnosti koje bi željeli raditi.

Na sličan način, teme opisane pod „stav i prilagodba“, primjerice, često se odnose na strategije za poboljšanje kvalitete života ili održavanje dobre kvalitete života. Međutim, također postoje fragmenti koji pokazuju da su te domene važne same po sebi ili da su pod utjecajem aspekata obuhvaćenih drugim domenama, kao što su aktivnosti u kojima netko sudjeluje. Stoga je teško povući granicu između domena koje su značajnije za kvalitetu života. Domene zdravstvena percepcija, autonomija, uloga i aktivnost, stav, prilagodba i odnosi bile su najopsežnije i univerzalno pokrivena u svim okruženjima i kod svih sudionika. Iako ovo sugerira da su te domene najizrazitije u karakterizaciji kvalitete života, autori smatraju da pokrivenost ovih domena ne odražava nužno najveću važnost, kako ih zamišljaju starije osobe.

Sinteza potvrđuje da procesi prilagodbe mogu rezultirati pomakom u percipiranoj važnosti domena, kao i promijenjenim razumijevanjem onoga što te domene znače nekome, poznatom kao „pomak odgovora“. Na primjer, u slučaju opadanja zdravlja i neovisnosti, čini se da starije osobe usmjeravaju svoj opis zdravlja i neovisnosti na svoje preostale sposobnosti. Umjesto stroge ili tehničke definicije u smislu tjelesnog funkcioniranja (koja može rezultirati karakterizacijom sebe kao ovisnih osoba), oni opisuju zdravlje u usporedbi s vršnjacima i u smislu sposobnosti prilagodbe i obavljanja značajnih aktivnosti (koje se zauzvrat mogu prebaciti s težih ciljeva kao što je vrtlarstvo na lakše zadatke kao što su osobna higijena i hranjenje). Dakle, i važnost koju pojedinac pridaje te razumijevanje koje pojedinac ima o svakoj od domena kvalitete života dinamična je i mijenja se tijekom života [74, 79].

7. Istraživački dio rada

7.1. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati razinu kvalitete života stanovnika starije životne dobi sa prebivalištem u Varaždinskoj županiji pomoću kratkog upitnika o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF). Istraživanjem su se, također, nastojale ispitati odrednice koje starije osobe percipiraju neophodnima za svoju kvalitetu života.

7.2. Hipoteze

U skladu s navedenim ciljem istraživanja, postavljene su iduće hipoteze:

H1: Većina stanovnika starije životne dobi u Varaždinskoj županiji svoju kvalitetu života ocjenjuje srednjom (prema lošijoj).

H2: Očekuje se statistički značajna razlika u percepciji kvalitete života starijih osoba Varaždinske županije s obzirom na iznos mjesečne mirovine. Pretpostavlja se da će osobe starije životne dobi koje ne primaju mirovinu ili je ista niskog iznosa prikazati nižu kvalitetu života u odnosu na starije osobe sa višim iznosima mjesečne mirovine.

H3: Ne očekuje se statistički značajna razlika u u percepciji kvalitete života starijih osoba Varaždinske županije s obzirom na spol. Pretpostavlja se da nema razlike u percepciji kvalitete života muškaraca naspram žena starije životne dobi.

H4: Osobe starije životne dobi u Varaždinskoj županiji koje imaju veću razinu obrazovanja vrednuju svoju kvalitetu života boljom u odnosu na one sa nižom razinom obrazovanja.

7.3. Metode istraživanja

7.3.1. Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 200 osoba starije životne dobi s prebivalištem na području Varaždinske županije. Od 200, 147 osoba su ženskog spola, te 53 sudionika su muškog spola. S obzirom na kronološku dob, sudionici su podijeljeni u šest skupina: od 60 do 64 godine, od 65 do 69 godina, od 70 do 74 godine, od 75 do 79 godina, od 80 do 84 godine, te 85 i više godina. Najviše sudionika je u

dobi od 70 do 74 godina (37,7%), a najmanje sudionika u dobi 85 godina i više (0,55%).

7.3.2. Instrumenti

Kao instrument istraživanja koristio se kratki upitnik o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF). Upitnik OPQOL-BRIEF je skraćena verzija OPQOL-35 koja pokazuje dobru psihometriju među starijim osobama.

Upitnik OPQOL-BRIEF ima 13 stavki, s preliminarnom stavkom o ocjeni kvalitete života u cjelosti, kodirana kao izuzetno dobra (5) do jako loša (1). Ostalih 13 tvrdnji vrednovano je uz pomoć Likertove skale od 5 stupnjeva.

7.3.3. Postupak

Istraživanje je provedeno u periodu od ožujka do lipnja 2024. godine, a sudjelovanje je bilo dobrovoljno i anonimno sa mogućnošću odustajanja sudjelovanja u bilo kojem trenutku. Istraživanje je provedeno na sjednicama Udruge umirovljenika Varaždinske županije. Svi ispitanici su prije ispunjavanja ankete prethodno dali informirani pristanak, a svrha istraživanja jasno je istaknuta sudionicima prije ispunjavanja anketnog upitnika.

Anketni upitnik sastojao se od dva dijela. Prvi dio se odnosio na pitanja vezana uz sociodemografske karakteristike koje uključuju spol, dob, razinu obrazovanja, iznos mjesečne mirovine, suživot u kućanstvu te način prometovanja. Također, obuhvatio je i pitanje vezano uz procjenu vlastite kondicije te znanje o službama za pomoć osobama starije životne dobi.

Drugi dio upitnika činio je na kratki upitnik o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi. Upitnik obuhvaća tvrdnje o uživanju u životu, radovanju različitim stvarima, sposobnosti kretanja, pomoći bližnjih, postojanju društvenih (slobodnih) aktivnosti, zdravlju, osjećaju sigurnosti, te o financijskim mogućnostima.

Tvrdnje su sudionici trebali vrednovati na peterostupanjskoj Likertovoj skali pri čemu je broj 1 označavao „Uopće se ne slažem“, broj 2 „Ne slažem se“, broj 3 „Niti se slažem niti ne slažem“, broj 4 „Slažem se“ i broj 5 „U potpunosti se slažem“.

8. Rezultati

Za potrebe prikaza rezultata ovog diplomskog rada korištene su dvije vrste statističke obrade: deskriptivna i inferencijalna statistika.

Deskriptivna statistika korištena je za prikazivanje osnovnih karakteristika uzorka, uključujući raspodjele odgovora ispitanika u postocima za ključne demografske varijable kao što su spol, dob, razina obrazovanja, iznos mjesečne mirovine, životne okolnosti/sredina, korištenje prijevoznih sredstava, stanje kondicije, kao i poznavanje dostupnih službi u području boravka.

Za inferencijalnu statističku analizu korišteni su Mann-Whitney U test i Kruskal-Wallisov test, koji su prikladni 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, bez pretpostavke normalne raspodjele podataka. Također je korištena Spearmanova korelacija za ispitivanje odnosa između dobi ispitanika i njihovih odgovora na tvrdnje o kvaliteti života. Za obradu 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).

8.1. Analiza sociodemografskih podataka

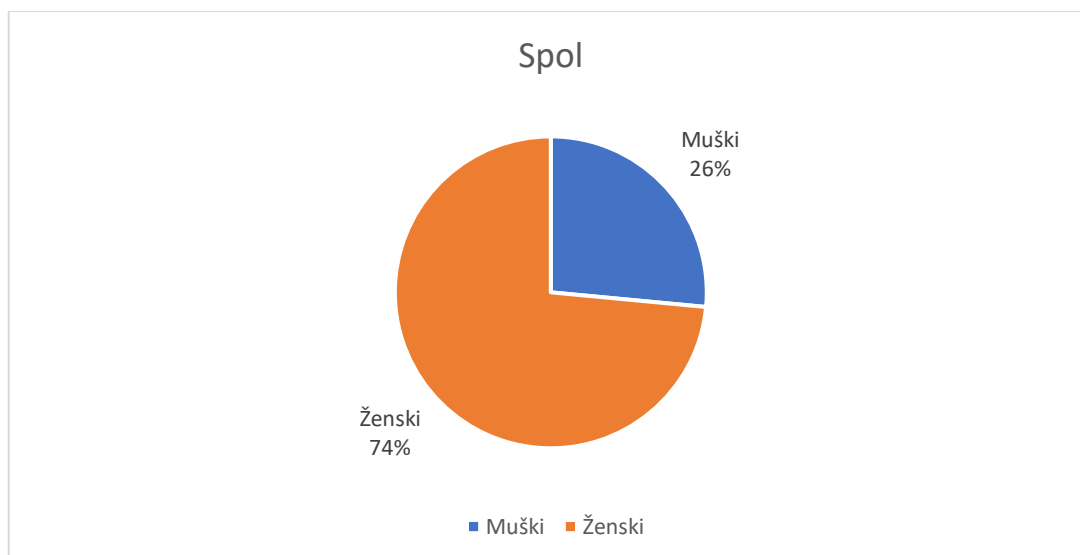
U nastavku je prikazana tablica sa brojem muških i ženskih sudionika.

	Frekvencija	%	
Spol	Ženski	147	73,5
	Muški	53	26,5
	UKUPNO:	200	100

Tablica 8.1.1. Prikaz sudionika prema spolu

Izvor: [Autor: M.Š.]

Prema podacima o spolu, većina od 200 ispitanika čine žene (73,5%), dok muškarci čine 26,5% uzorka. Njihov odnos je grafički prikazan u nastavku.



Grafikon 8.1.1. Prikaz sudionika prema spolu

Izvor: [Autor: M.Š.]

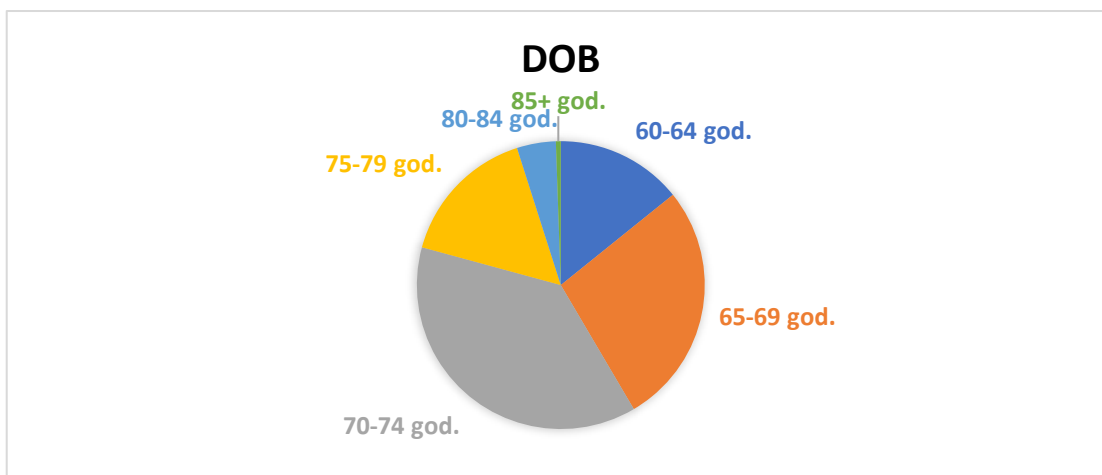
Dob sudionika podijeljena je u šest skupina radi efikasnije analize. Prva kategorija su sudionici od 60 do 64 godine, druga kategorija od 65 do 69 godina, treća kategorija od 70 do 74 godine, četvrta kategorija od 75 do 79 godina, peta kategorija od 80 do 84 godine, te zadnja kategorija 85 i više godina. U nastavku je prikazana tablica s podacima.

	Frekvencija	%	
Dob	60 - 64	28	14,21
	65 - 69	55	27,32
	70 - 74	75	37,7
	75 - 79	32	15,85
	80 - 84	9	4,37
	85+	1	0,55
	UKUPNO:	200	100,00

Tablica 8.1.2. Prikaz sudionika prema dobi

Izvor: [Autor: M.Š.]

Što se tiče dobi, najveći broj ispitanika pripada dobnoj skupini od 70 do 74 godine (37,7%), dok su u skupini od 65 do 69 godina zastupljeni s 27,3%, a u skupini od 75 do 79 godina s 15,8%. Manji broj ispitanika je u skupinama od 60 do 64 godine (14,2%) te od 80 do 84 godine (4,4%), dok su ispitanici stariji od 85 godina najmanje zastupljeni (0,5%). Kronološka dob je grafički prikazana u nastavku.



Grafikon 8.1.2. Prikaz sudionika prema dobi

Izvor: [Autor: M.Š.]

Idući segment u sociodemografskim podacima bila je razina obrazovanja, a tabelarni prikaz slijedi u nastavku.

	Frekvencija	%	
Razina obrazovanja	Srednja škola	92	46
	Visoko obrazovanje	83	41,5
	Neki oblik visokog obrazovanje	17	8,5
	Nezavršena osnovna škola	8	4
	UKUPNO:	200	100,00

Tablica 8.1.3. Prikaz razine obrazovanja sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

Podaci o obrazovanju pokazuju da većina ispitanika ima srednju školu (46%), dok je 41,5% ispitanika završilo samo osnovnu školu. Visoko obrazovanje ima 8,5% ispitanika, dok 4% nema završenu osnovnu školu. Razina obrazovanja je grafički prikazana u nastavku.



Grafikon 8.1.3. Prikaz razine obrazovanja sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

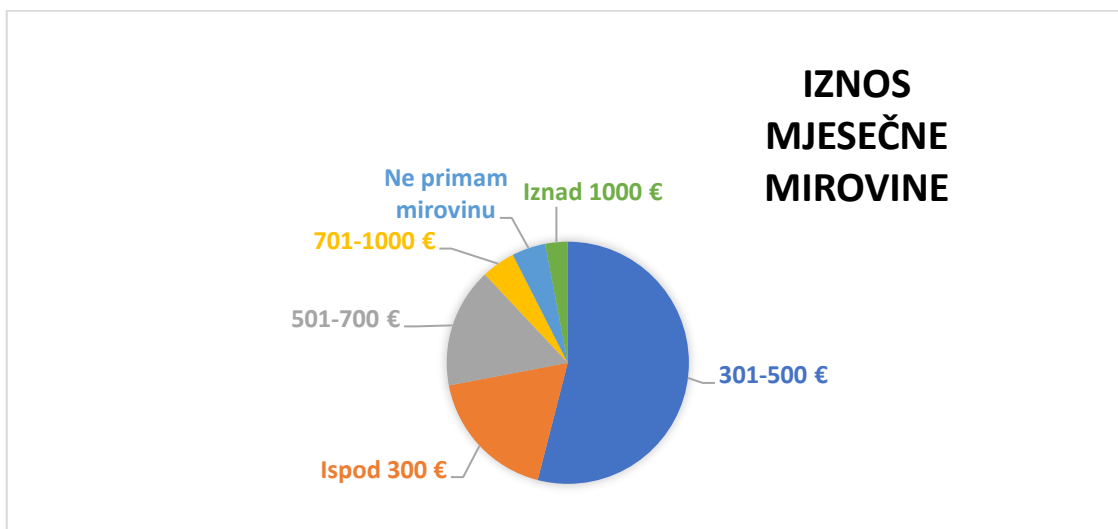
Iznos mjesečne mirovine sudionika važan je prediktor kod razmatranja kvalitete života.

	Frekvencija	%	
Mjesečna mirovina	301 – 500 €	108	54
	Ispod 300 €	36	18
	501 – 700 €	32	16
	701 – 1000 €	9	4,5
	Ne prima mirovinu	9	4,5
	Iznad 1000 €	6	3
	UKUPNO:	200	100,00

Tablica 8.1.4. Prikaz iznosa mjesečne mirovine sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

Što se tiče mjesečne mirovine, najveći postotak ispitanika prima između 301 i 500 eura (54%), dok manji postotak prima između 501 i 700 eura (16%). Ispitanici koji primaju manje od 300 eura čine 18%, dok 4,5% prima iznos između 701 i 1000 eura, a isti postotak (4,5%) ima mirovinu iznad 1000 eura. Najmanji postotak ispitanika (3%) nema mirovinu.



Grafikon 8.1.4. Prikaz iznosa mjesečne mirovine sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

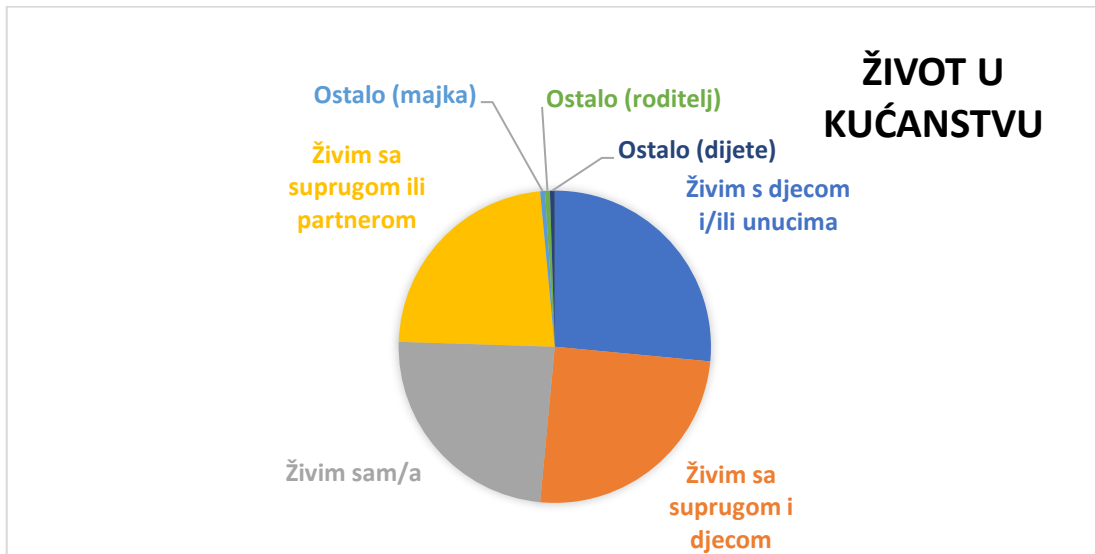
Nadalje, sudionicima je postavljeno pitanje o suživotu u kućanstvu.

	Frekvencija	%	
Suživot u kućanstvu	Sa djecom i/ili unucima	53	26,5
	Sa supružnikom i djecom	50	25
	Sam/a	48	24
	Sa supružnikom ili partnerom	46	23
	Ostalo (majka)	1	0,5
	Ostalo (roditelj)	1	0,5
	Ostalo (dijete)	1	0,5
	UKUPNO:	200	100,00

Tablica 8.1.5. Prikaz suživota u kućanstvu sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

Podaci o životnim uvjetima pokazuju da 26,5% ispitanika živi s djecom i/ili unucima, dok 25% ispitanika živi samostalno. Život sa supružnikom je prisutan kod 23% ispitanika, a 24% živi sa supružnikom i djecom. Ostale kombinacije predstavljaju manji dio uzorka.



Grafikon 8.1.5. Prikaz suživota u kućanstvu sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

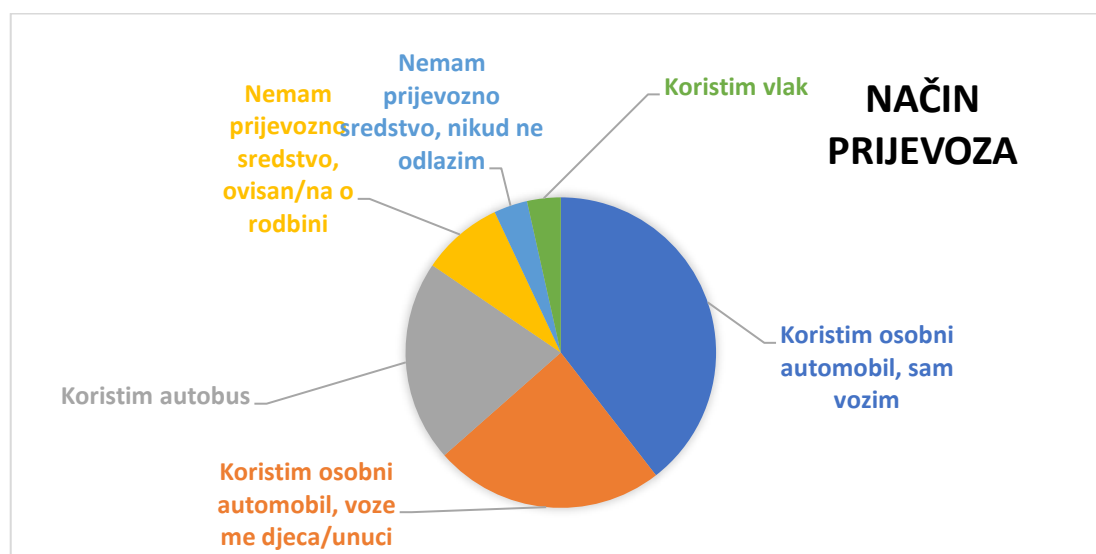
U sljedećoj tablici prikazani su načini prijevoza koji sudionici koriste za prijevoz do većeg grada ili za slobodno vrijeme.

		Frekvencija	%
Načini prijevoza	Osobni automobil (sam/a vozi)	79	39,5
	Osobni automobil (voze djeca/unuci)	48	24
	Autobus	42	21
	Ovisan/na o rodbini i prijateljima	17	8,5
	Nema prijevoznog sredstva, nikud ne ide	7	3,5
	Vlak	7	3,5
	UKUPNO:	200	100,00

Tablica 8.1.6. Prikaz načina prijevoza sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

Što se tiče prijevoza, 39,5% ispitanika koristi osobni automobil i sami voze, dok 21% ispitanika koristi osobni automobil, ali ih voze članovi obitelji. Autobus koristi 24% ispitanika, a vlak 3,5%. Manji postotak ispitanika nema prijevozno sredstvo (3,5%) ili ovisi o drugima za prijevoz (8,5%).



Grafikon 8.1.6. Prikaz načina prijevoza sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

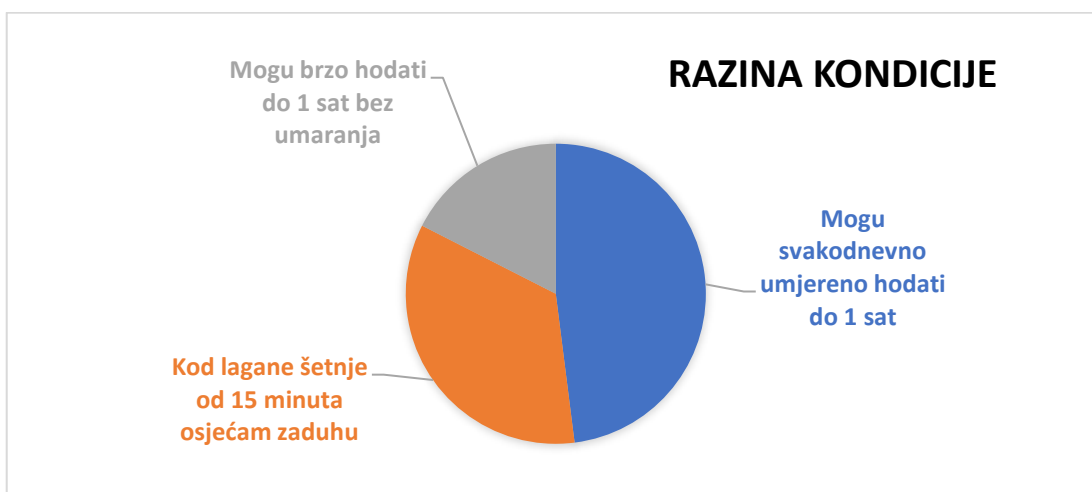
U nastavku je tabelarni prikaz razine kondicije koju su sudionici opisali.

		Frekvencija	%
Razina kondicije	Svakodnevni umjereni hod do 1h	96	48
	Zaduha kod lagane šetnje od 15 min	69	34,5
	Brzi hod do 1h bez umaranja	35	17,5
	UKUPNO:	200	100,00

Tablica 8.1.7. Prikaz razine kondicije sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

Kondicija ispitanika pokazuje da 48% može hodati umjereno bez problema do sat vremena, dok 34,5% osjeća zaduhu pri hodanju, a 17,5% može hodati brzo bez umaranja.



Grafikon 8.1.7. Prikaz razine kondicije sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

Zadnje pitanje iz dijela sociodemografskih podataka odnosilo se na poznavanje službi u mjestu za pomoć osobama starije dobi. Tabelarni prikaz u nastavku.

		Frekvencija	%
Poznavanje službi za pomoć starijim osobama u mjestu stanovanja	Udruga umirovljenika	75	37,5
	Nema nikakvih službi	37	18,5
	Ne zna da li postoje	22	11
	Gerontodomaćice i udruga	9	4,5
	Crveni križ i udruga	6	3
	Centar za socijalnu skrb i udruga	6	3
	Njegovatelji/ice	7	3,5
	Centar za socijalnu skrb	11	5,5
	Gerontodomaćice	7	3,5
	Ostale kombinacije	20	10
	UKUPNO:	200	100,00

Tablica 8.1.8. Prikaz poznavanja službi za pomoć starijima u mjestu sudionika

Izvor: [Autor: M.Š.]

Što se tiče dostupnosti usluga, najčešće spominjana usluga je udruga umirovljenika, koju navodi 37,5% ispitanika. Ukupno 18,5% ispitanika smatra kako nema nikakvih službi za pomoć starijim osobama, dok 11% ne zna postoje li takve službe. Gerontodomaćice i udrugu umirovljenika navodi 4,5% ispitanika, a Crveni križ i udrugu umirovljenika 3%. Druge kombinacije su u znatno manjim postocima, tj. manjoj postotnoj zastupljenosti.

8.2. Analiza kvalitete života

Analiza je pokazala statistički značajnu razliku u percepciji kvalitete života među različitim skupinama prema mjesečnoj mirovini. Kruskal-Wallis test dao je rezultat s p-vrijednošću od 0,005, što ukazuje na to da visina mirovine ima značajan utjecaj na ocjene kvalitete života.

Ispitanici s nižim mirovinama, ispod 300 eura, većinom ocjenjuju svoju kvalitetu života nižim ocjenama. Najviše ocjena se kreće u kategorijama kvalitete života 'dobra', 'u redu' i 'loša', dok je vrlo mali broj ispitanika (2 osobe) dao najvišu ocjenu, tj. ocijenio kvalitetu života kao izuzetno dobru. U skupini ispitanika s mirovinama od 301 do 500 eura, ocjene su raspodijeljene s većim brojem koji daje ocjene 'u redu' i 'dobra'. Ova skupina pokazuje uravnoteženiju distribuciju u usporedbi s nižim mirovinama, ali i dalje veći broj ocjena u srednjem rasponu, dok manji broj ispitanika daje izuzetno dobru ocjenu. Ispitanici s mirovinama između 501 i 700 eura dali su slične ocjene.

Ipak, u višim skupinama, iznad 700 eura, primjećujemo veći broj ispitanika koji ocjenjuju svoju kvalitetu života ocjenama 'dobra' ili 'izuzetno dobra', što sugerira da osobe s većim mirovinama bolje procjenjuju svoju kvalitetu života. Sukladno statističkoj analizi, visina mirovine značajno korelira s ocjenama kvalitete života, pri čemu veće mirovine dovode do viših ocjena. Dobivena p-vrijednost od 0,005 potvrđuje statističku značajnost ove razlike.

U analizi prema spolu, istraživalo se postoji li razlika u ocjenama kvalitete života između muškaraca i žena. Mann-Whitney test je pokazao p-vrijednost od 0,069, što je blizu granice statističke značajnosti, ali ipak je veće od 0,05. Navedeno znači da razlika u ocjenama kvalitete života između muškaraca i žena nije statistički značajna. Nadalje, analiza prema dobnim skupinama ispitala je razlike u ocjenama kvalitete života među ispitanicima u dobnim rasponima: 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84 i više od 85 godina. Kruskal-Wallis test za ove dobne skupine dao je p-vrijednost od 0,162, što znači da nema statistički značajnih razlika u ocjenama kvalitete života među tim različitim dobnim skupinama.

U analizi prema razini obrazovanja, ispitanici su podijeljeni u četiri skupine: oni bez završene osnovne škole, s osnovnom školom, srednjom školom te oni s visokim obrazovanjem. Rezultati Kruskal-Wallisovog testa pokazali su p-vrijednost od 0,324,

što znači da razina obrazovanja nije statistički značajno povezana s ocjenama kvalitete života. Nadalje, kada se analiziralo kako različiti načini života u kućanstvu utječu na percepciju kvalitete života, nije pronađena statistički značajna razlika. U istraživanju su ispitanici podijeljeni u nekoliko skupina: oni koji žive sami, sa suprugom ili partnerom, sa suprugom i djecom, sa djecom i/ili unucima te ostale kombinacije. Kruskal-Wallis test dao je rezultat s p-vrijednošću od 0,213, što znači da način života u kućanstvu ne igra značajnu ulogu u tome kako ispitanici ocjenjuju svoju kvalitetu života.

Ispitanici su bili podijeljeni prema opcijama prijevoza, uključujući one koji koriste vlastiti automobil, one koje prevoze djeca ili unuci, one koji koriste autobus ili vlak, te one koji nemaju pristup prijevoznom sredstvu i ovise o rodbini ili prijateljima. Analiza Kruskal-Wallisovim testom pokazala je p-vrijednost od 0,138, što znači da ne postoji statistički značajna razlika u ocjenama kvalitete života između tih skupina.

Ispitanici su se ocijenili prema svojoj fizičkoj kondiciji, pri čemu su se podijelili u tri glavne skupine: oni koji mogu hodati brzo do jednog sata bez umaranja, oni koji mogu hodati umjereno uz manju zaduhu te oni koji osjećaju zaduhu i ubrzano kucanje srca pri laganoj šetnji. Kruskal-Wallis test pokazao je p-vrijednost od 0,325, što znači da fizička kondicija nije značajno povezana s ocjenama kvalitete života.

8.3. Analiza ostalih tvrdnji

Rezultati Mann-Whitney testa za tvrdnju "Uključenost u aktivnosti" („Trudim se ostati uključen/ključena u različite stvari i aktivnosti“) pokazali su p-vrijednost od 0,0058, što ukazuje na statistički značajnu razliku između muškaraca i žena. Ova razlika sugerira da muškarci i žene različito percipiraju svoju uključenost u svakodnevne ili društvene aktivnosti, tj. muškarci osjećaju nešto veću uključenost u aktivnosti.

Slična statistički značajna razlika pronađena je i kod tvrdnje "Prihvatanje života" („Prihvaćam život onakav kakav jest te izvlačim najbolje iz toga“), gdje je p-vrijednost iznosila 0,0219. Ovaj rezultat upućuje na to da muškarci i žene različito gledaju na prihvatanje životnih izazova i prilagodbu promjenama. Statistički značajna razlika pokazuje da muškarci nešto češće prihvaćaju životne okolnosti i osjećaju se zadovoljnije u tome kako se nose s izazovima.

Tvrdnja "Dovoljno novaca" („Imam dovoljno novaca da platim režije i kućanske troškove“) također je pokazala statistički značajnu razliku između spolova, s p-vrijednošću od 0,0195. Ovaj rezultat sugerira da muškarci i žene različito percipiraju svoju financijsku sigurnost i sposobnost da pokriju osnovne životne troškove. Sukladno dobivenim rezultatima, može se reći kako muškarci osjećaju veću financijsku sigurnost u usporedbi sa ženama.

Iako su tvrdnje poput "Uživanje u životu" („Općenito uživam u svom životu“) i "Zdravlje za kretanje" („Dovoljno sam zdrav/zdrava da izađem i krećem se“) pokazale p-vrijednosti od 0,0548 i 0,0889, što ukazuje na potencijalne razlike u percepciji između muškaraca i žena, one još uvijek nisu dovoljno izražene u ovom uzorku. Druge tvrdnje poput "Radovanje stvarima", "Pomoć obitelji, prijatelja ili susjeda", i "Društvene aktivnosti i hobiji" također nisu pokazale statistički značajne razlike, što znači da muškarci i žene u tim područjima imaju vrlo sličnu percepciju.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa pokazali su da ne postoje statistički značajne razlike među dobnim skupinama za nijednu od tvrdnji iz OPQOL-BRIEF upitnika. Ispitanici iz različitih dobnih skupina sličnog su mišljenja kada je riječ o uživanju u životu („Općenito uživam u svom životu“; p-vrijednost: 0,9856, statistika testa: 0,36), radovanju stvarima („Radujem se različitim stvarima“; p-vrijednost: 0,7224, statistika testa: 2,07) te njihovom zdravlju u kontekstu kretanja („Dovoljno sam zdrav/zdrava da

izađem i krećem se“; p-vrijednost: 0,1523, statistika testa: 6,71). Slično tome, tvrdnje vezane za pomoć obitelji i prijatelja („Moja obitelj, prijatelji ili susjed bi mi pomogli“; p-vrijednost: 0,2213, statistika testa: 5,72) te za sudjelovanje u društvenim aktivnostima i hobijima („Imam društvene ili slobodne aktivnosti, tj. hobije koje volim“; p-vrijednost: 0,4367, statistika testa: 3,78) također nisu pokazale statistički značajne razlike među dobnim skupinama.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa pokazali su statistički značajne razlike među ispitanicima različitih razina obrazovanja za gotovo sve tvrdnje. Za tvrdnju "Uživanje u životu" („Općenito uživam u svom životu“), p-vrijednost iznosi 0,0244, što ukazuje na statistički značajnu razliku. Ispitanici sa srednjom školom i višim obrazovanjem (medijan 4) više se slažu s ovom tvrdnjom u odnosu na ispitanike s osnovnim obrazovanjem (medijan 3). Nadalje, kod tvrdnje "Radovanje stvarima" („Radujem se različitim stvarima“), p-vrijednost je 0,0165, što znači da postoji značajna razlika među obrazovnim skupinama. Ispitanici sa srednjom školom i višim obrazovanjem (medijan 4) češće doživljavaju radost u svakodnevnim stvarima u usporedbi s onima bez osnovne škole (medijan 3).

Tvrdnja "Zdravlje za kretanje" („Dovoljno sam zdrav/zdrava da izađem i krećem se“) ima p-vrijednost od 0,00003, što upućuje na značajnu razliku u percepciji zdravlja. Ispitanici s višim obrazovanjem i srednjom školom (medijan 4) ocjenjuju svoje zdravlje znatno bolje od onih s osnovnim obrazovanjem i bez osnovne škole (medijan 3). Za tvrdnju "Društvene aktivnosti/hobiji" („Imam društvene ili slobodne aktivnosti, tj. hobije koje volim“), p-vrijednost je 0,0006, što također ukazuje na statistički značajnu razliku. Osobe s višim obrazovanjem i srednjom školom (medijan 4) aktivnije su u društvenim aktivnostima i hobijima u usporedbi s onima s nižim obrazovanjem (medijan 3).

Za tvrdnju "Pomoć obitelji, prijatelja ili susjeda", iako nema statistički značajnu razliku (p-vrijednost: 0,1223), ispitanici sa srednjim i višim obrazovanjem nešto češće ocjenjuju ovu pomoć pozitivnije (medijan 4) u usporedbi s onima bez osnovne škole (medijan 3). U svakom slučaju, navedeno itekako potvrđuje da obrazovna razina značajno utječe na percepciju kvalitete života u više aspekata.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa za mirovine pokazuju statistički značajne razlike u nekoliko tvrdnji iz OPQOL-BRIEF upitnika. Za tvrdnju "Radovanje stvarima" („Radujem se različitim stvarima“), p-vrijednost je bila 0,0101, što ukazuje na značajnu razliku među ispitanicima s različitim mirovinama. Ispitanici s najnižim mirovinama (ispod 300 eura) imaju nižu srednju ocjenu radovanja stvarima (medijan 3), dok oni s višim mirovinama, uključujući one iznad 500 eura, daju više ocjene (medijan 4). Zanimljivo je da oni koji ne primaju mirovinu ocjenjuju ovu tvrdnju najvišom ocjenom (medijan 5).

Slična razlika pojavila se i kod tvrdnje "Društvene aktivnosti/hobiji" („Imam društvene ili slobodne aktivnosti, tj. hobije koje volim“), gdje je p-vrijednost iznosila 0,0181. Ispitanici sa srednjim i višim mirovinama (iznad 500 eura) ocjenjuju svoje sudjelovanje u društvenim aktivnostima i hobijima višim ocjenama (medijan 4), dok oni s nižim mirovinama daju niže ocjene. Nadalje, tvrdnja "Zdravlje za kretanje" („Dovoljno sam zdrav/zdrava da izađem i krećem se“) pokazuje p-vrijednost od 0,0769, što nije statistički značajno; tako i tvrdnje poput "Uživanje u životu" i "Pomoć obitelji, prijatelja ili susjeda" nisu pokazale statistički značajne razlike.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa za život u kućanstvu nisu pokazali statistički značajne razlike za nijednu tvrdnju iz OPQOL-BRIEF upitnika. To znači kako ispitanici iz različitih životnih aranžmana, bilo da žive sami, sa supružnikom, djecom ili u drugim obiteljskim kombinacijama, ocjenjuju svoju kvalitetu života na sličan način. Za tvrdnju "Uživanje u životu" („Općenito uživam u svom životu“), medijan je 4 za većinu skupina, osim za one koji žive s djecom i/ili unucima ili u drugim životnim aranžmanima (medijan 3). Slično je i za tvrdnju "Radovanje stvarima" („Radujem se različitim stvarima“), gdje je medijan 4 za većinu skupina, osim za ispitanike iz specifičnih aranžmana poput onih koji žive s roditeljima ili djecom, koji daju niže ocjene (medijan 2). Kod tvrdnje "Zdravlje za kretanje" („Dovoljno sam zdrav/zdrava da izađem i krećem se“), većina ispitanika iz svih skupina daje ocjenu 4, osim onih koji žive sami (medijan 3). Tvrdnja "Društvene aktivnosti/hobiji" („Imam društvene ili slobodne aktivnosti, tj. hobije koje volim“) također pokazuje slične rezultate, s većinom ispitanika koji daju ocjenu 4, osim onih u specifičnim obiteljskim situacijama (medijan 2). Ipak, ništa od navedenog nije bilo statistički značajno.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa za prijevoz pokazali su statistički značajne razlike za tvrdnje "Radovanje stvarima" („Radujem se različitim stvarima“) i "Zdravlje za kretanje" („Dovoljno sam zdrav/zdrava da izađem i krećem se“). Za tvrdnju "Radovanje stvarima", p-vrijednost je iznosila 0,0393, što ukazuje na statistički značajnu razliku u percepciji među različitim prijevoznim opcijama. Ispitanici koji koriste vlastiti automobil (medijan 4) ocjenjuju radovanje stvarima pozitivnije u usporedbi s onima koji nemaju pristup prijevoznim sredstvima ili ovise o drugima (medijan 3.5 za one koji ovise o rodbini ili prijateljima, a 3 za one bez prijevoza).

Slično tome, tvrdnja "Zdravlje za kretanje" pokazuje p-vrijednost od 0,0382, što također ukazuje na značajnu razliku. Ispitanici koji sami voze ili ih voze njihova djeca/unuci (medijan 4) osjećaju se zdravijima u kontekstu kretanja u usporedbi s onima koji nemaju prijevoz (medijan 3) ili koji ovise o drugima (medijan 2,5). Ostale tvrdnje, poput "Uživanje u životu" (p-vrijednost: 0,1136) i "Društvene aktivnosti/hobiji" (p-vrijednost: 0,5754), nisu pokazale statistički značajne razlike. Medijani za ove tvrdnje ostaju relativno visoki i jednaki za većinu ispitanika, bez obzira na prijevoznu opciju, što sugerira da prijevoz manje utječe na općenito uživanje u životu ili sudjelovanje u društvenim aktivnostima.

Rezultati Kruskal-Wallisovog testa za različite razine kondicije pokazali su statistički značajne razlike za nekoliko tvrdnji iz OPQOL-BRIEF upitnika. Tvrdnje "Uživanje u životu" (p-vrijednost: 0,0041), "Zdravlje za kretanje" (p-vrijednost: 0,0031) i "Društvene aktivnosti/hobiji" (p-vrijednost: 0,0002) pokazuju da ispitanici s boljom fizičkom kondicijom ocjenjuju ove aspekte života značajno bolje u usporedbi s onima koji imaju lošiju kondiciju.

Ispitanici koji su fizički aktivniji i mogu brzo hodati bez umaranja (medijan 4) percipiraju svoje uživanje u životu pozitivnije u odnosu na one koji se brzo umaraju ili osjećaju zaduhu pri laganoj šetnji (medijan 3). Slična razlika primjećuje se kod tvrdnje "Zdravlje za kretanje", gdje ispitanici s boljom kondicijom također daju više ocjene o svom zdravlju, iako svi ispitanici ocjenjuju svoje zdravlje relativno pozitivno (medijan 4), test ipak pokazuje značajnu razliku u percepciji.

Za tvrdnju "Društvene aktivnosti/hobiji", ispitanici s boljom kondicijom aktivniji su u društvenim aktivnostima i hobijima (medijan 4), dok oni s lošijom kondicijom daju niže ocjene (medijan 3), što ukazuje na utjecaj fizičke sposobnosti na sudjelovanje u

društvenim aktivnostima. Iako su tvrdnje poput "Radovanje stvarima" i "Pomoć obitelji, prijatelja ili susjeda" imale visoke ocjene za sve ispitanike (medijan 4), razlike među različitim razinama kondicije nisu bile dovoljno izražene da bi bile statistički značajne.

8.4. Validacija upitnika uz faktorsku analizu

Rezultati validacije upitnika OPQOL-BRIEF za ovom uzorku pokazali su visoku unutarnju konzistentnost i značajne latentne faktore koji objašnjavaju varijance odgovora.

Cronbachov alfa iznosi 0,9137, što ukazuje na vrlo visoku unutarnju konzistentnost tvrdnji u upitniku. Cronbachov alfa mjeri koliko su tvrdnje međusobno povezane, odnosno koliko dobro upitnik mjeri isto latentno svojstvo ili koncept. Vrijednost iznad 0,9 pokazuje da tvrdnje u OPQOL-BRIEF upitniku imaju visok stupanj povezanosti i dosljednosti, što upućuje na to da su odgovori ispitanika koherentni i da se upitnik može smatrati pouzdanim alatom za procjenu kvalitete života. Radi se o prvoj validaciji u literaturi u Republici Hrvatskoj.

Osim toga, provedena je faktorska analiza koja je identificirala tri latentna faktora koji objašnjavaju odgovore ispitanika. Prvi faktor objašnjava 55,92% varijance, što znači da najveći dio raznolikosti u odgovorima može biti objašnjen prvim faktorom, koji vjerojatno predstavlja najvažniji aspekt kvalitete života. Drugi faktor objašnjava 52,76% varijance, a treći faktor 43,99% varijance, što ukazuje na to da i ovi faktori igraju važnu ulogu u oblikovanju odgovora, iako u manjoj mjeri nego prvi.

Za objašnjenje, u provedbi faktorske analize pokušavamo identificirati te latentne faktore kako bismo shvatili kako se tvrdnje grupiraju. U ovom slučaju, tri latentna faktora su identificirana, što znači da odgovori ispitanika na tvrdnje iz OPQOL-BRIEF upitnika možemo objasniti kroz tri dimenzije. Svaki faktor obuhvaća određene tvrdnje koje zajedno odražavaju dublju zajedničku dimenziju kvalitete života.

Npr. prvi latentni faktor predstavlja opće zadovoljstvo životom, jer uključuje tvrdnje koje se odnose na uživanje u životu, socijalne interakcije i percepciju sreće. Drugi latentni faktor odnosi se na tjelesno zdravlje i neovisnost, jer uključuje tvrdnje vezane za fizičku sposobnost i kretanje. Treći latentni faktor veže se za financijsku sigurnost ili emocionalnu stabilnost, budući da uključuje tvrdnje koje se odnose na novac ili

mentalno zdravlje. Latentni faktori nam pomažu razumjeti kako različiti aspekti kvalitete života zajedno djeluju i kako se pojedinačne tvrdnje upitnika mogu svesti na dublje, zajedničke dimenzije.

9. Rasprava

Starenje stanovništva i odgovarajući porast kroničnih bolesti široko je prihvaćeno kao javnozdravstveni izazov.

Nekoliko istraživanja tvrdi da subjektivni zdravstveni status starije osobe ima važan utjecaj na njezinu kvalitetu života. Subjektivno zdravstveno stanje odnosi se na percepciju pojedinca o svom ukupnom zdravstvenom stanju. Istraživanja su pokazala da što više same starije osobe pozitivno percipiraju svoju razinu zdravlja, to je njihova kvaliteta života bolja. Prema studiji Choi i Lee, kvaliteta života starijih osoba je veća kada je njihov subjektivni zdravstveni status pozitivan (tj. kada vjeruju da su zdravi) [80].

Studija koju su proveli Jung, Lee i Sin također je pokazala da je subjektivno zdravstveno stanje starijih osoba glavna varijabla koja utječe na njihovu kvalitetu života. Time se naglašava da bi starije osobe trebale brinuti o vlastitom zdravlju kako bi nakon umirovljenja mogle voditi zdrav život [81].

Rezultati provedenog istraživanja potvrđuju nam da je opće zadovoljstvo životom (uživanje u životu, socijalne interakcije i percepcija sreće) glavni prediktor za dobru kvalitetu života.

U prilog tome govori presječna studija provedena u zapadnoj Jakarti 2021. godine. Prema sociodemografskim karakteristikama, ispitanici su bile većinom osobe ženskog spola (66,3%), imale višu razinu obrazovanja (79,2%), te bile u braku (56,4%). Analiza je pokazala da je zadovoljstvo životom značajno povezano s ukupnom kvalitetom života ($p=0,004$) i općim zdravljem ($p=0,008$). Zadovoljstvo životom također je bio faktor rizika za društvenu uključenost i angažman ($p<0,001$). Nadalje, utvrđeno je da je duhovnost faktor rizika za domenu fizičkog zdravlja ($p=0,006$), psihološku domenu ($p<0,001$) i društvo ($p<0,001$) [82].

Utvrđeno je da je nisko zadovoljstvo životom faktor rizika za lošu opću kvalitetu života.

Jednak rezultat dobiven je u studiji Lucas-Carrasco et al. gdje je utvrđeno da zadovoljstvo životom utječe ukupnu kvalitetu života, opće zdravlje i sve četiri domene kvalitete života. Zadovoljstvo životom je višedimenzionalni koncept koji uključuje fizičko zdravlje, mentalno zdravlje, socioekonomski status, društvene i obiteljske odnose i okruženje, a koje se može koristiti za predviđanje mortaliteta i morbiditeta

starijih osoba. Istraživanje u Turskoj pokazalo je pozitivan odnos između zadovoljstva životom i kvalitete života [83].

Korelacijska analiza koju su proveli Boylu i Günay pokazala je da kvaliteta života teži smanjenju kako osoba stari, međutim povećava uz visoku naobrazbu, dobro tjelesno zdravlje i visoko zadovoljstvo životom [84].

Prethodna studija Indrayani et al. pokazala je da je podrška obitelji bila najdominantniji čimbenik vezan uz kvalitetu života [85].

Multivarijantna analiza koju su proveli Bowling, Farquar, GR Undy i Formby (1993.) potvrdila je da je zdravstveni status snažniji prediktor zadovoljstva životom od društvenih mreža i socijalne podrške. Gwozdz i Sousa-Poza (2010.) proučavali su učinak starenja i zdravlja na zadovoljstvo životom najstarijih u Njemačkoj i otkrili su da se pad zadovoljstva životom prvenstveno može pripisati niskim razinama samoprocjene zdravlja [86].

Zatim, na temelju podataka iz švedske ankete o stanovništvu, analiziran je odnos između čimbenika zdravlja i zadovoljstva životom u populaciji od 80 i više godina. Analiza je pokazala da objektivne mjere, poput prisutnosti dijagnosticirane bolesti ili pokazatelja ograničene funkcionalnosti, nemaju značajan utjecaj na zadovoljstvo životom, dok percepcija vlastitog zdravlja i psihički problemi (depresija) značajnije utječu na isto. Također se pokazalo da su samoprocjena zdravlja i funkcionalne sposobnosti u svakodnevnim aktivnostima najjači objašnjavajući čimbenici zadovoljstva životom. Jaka veza između samoprocjene zdravlja i zadovoljstva životom također je izvedena iz švedskih podataka o populaciji u dobi od 65 do 89 godina sa smanjenom sposobnošću samozbrinjavanja (Borg et al. 2006) [87].

Nadalje, dobiveni rezultati govore da su tjelesno zdravlje i neovisnost drugi latentni faktor za kvalitetu života starijih osoba.

Istraživanje iz Portugala pokazuje da tjelesna aktivnost, posebno hodanje i trening kondicije mogu poboljšati fizičku neovisnost među starijim osobama. Štoviše, za povećanu razine tjelesne aktivnosti s najmanje 108 minuta umjerene do teške tjelesne aktivnosti dnevno, sugerira se da održava fizičku neovisnost kod starijih osoba [88]. Feng et al. je naveo da preporuke koje se odnose na 150 min tjelesne aktivnosti umjerenog tjelesnog intenziteta tjedno mogu statistički poboljšati kvalitetu života,

kognitivne funkcije te smanjiti simptome depresije u starijih osoba u dobi od 60 i više godina [89].

U starijih osoba tjelesna aktivnost ima bezbroj pozitivnih međusobno povezanih fizičkih, psihosocijalnih i ekonomskih koristi. Oni se kreću od smanjenog straha od pada do održane ili povećane kognitivne funkcije, do održane ili povećane funkcije mišića, do povećane kvalitete života povezane s održavanjem ili povećanjem autonomije u starijoj dobi. Iako postoje rizici od ozljeda tijekom sudjelovanja u tjelesnoj aktivnosti, dobrobiti poboljšanog kardiorespiratornog zdravlja, kognicije, mišićne snage, fleksibilnosti i ravnoteže mnogo su veće. Tjelesna aktivnost osnažuje starije odrasle osobe da se uključe u pozitivne strategije za održavanje ili poboljšanje svog zdravlja tijekom starenja. Tjelesna aktivnost također potiče autonomiju s povećanom funkcionalnom izvedbom, kako bi se omogućio dinamičniji stil života [90].

Istraživanje provedeno u Poljskoj 2018. godine nastojalo je ispitati povezanost tjelesne aktivnosti i kvalitete života među starijim osobama u dobi od 60 do 89 godina koji žive u vlastitim domovima i u nekom obliku institucionalne skrbi. Rezultati pokazuju da tjelesna aktivnost poboljšava kvalitetu života osoba u dobi od 60 do 89 godina. Zabrinjavajuće je, međutim, da svaka treća ispitana starija osoba izjavljuje da se ne bavi tjelesnom aktivnošću niti hoda, dok se svaki drugi ispitanik ne bavi dovoljnom količinom tjelesne aktivnosti. Utvrđeno je da generalno starije osobe imaju nedovoljnu razinu tjelesne aktivnosti, a posebno osobe muškog spola, osobe od 75 godina i starije, te su štićenici ustanova. Tjelesna aktivnost osoba starijih od 60 godina usko je povezana s mjestom stanovanja. Ukupna tjelesna aktivnost i njezine komponente čak su 5 puta veće kod ljudi koji žive u vlastitom domu/stanu. Osobe koje žive u domovima za starije osobe prijavile su nisku razinu tjelesne aktivnosti, unatoč dostupnosti tjelesnih vježbi i profesionalne rehabilitacije te većem broju mogućnosti sudjelovanja u organiziranim aktivnostima [91].

Financijska sigurnost i emocionalna stabilnost u provedenom istraživanju su prepoznati kao treći latentni faktor za kvalitetu života starijih osoba.

U prilog navedenom govori istraživanje provedeno u Rusiji, 2020. godine. Podaci korišteni u navedenoj studiji su presječni podaci koji su prikupljeni iz prvog vala istraživanja Svjetske zdravstvene organizacije (Studija o globalnom starenju i

zdravlju, SAGE). Uzorak populacije činilo je 12 299 muškaraca i žena koji žive u zajednici u Kini (4548), Gani (1968), Indiji (2441), Južnoj Africi (1924) i Rusiji (1418). Sveukupno, prevalencija dobrog samoprijavljenog zdravlja, kvalitete života i pozitivnog zadovoljstva životom iznosila je 47,11%, 79,25% i 44,40%, dok je 20,13% sudionika izvijestilo o depresiji tijekom posljednjih 12 mjeseci. Samo oko petina (18,67%) sudionika je izvijestila da ima dovoljno financija da u potpunosti zadovolji svoje potrebe, dok je više od četvrtine (28,45%) bilo u najnižem dohodovnom razredu. Uz nekoliko iznimaka, izgledi za izvješćivanje o dobrom samoprijavljenom zdravlju, kvaliteti života i zadovoljstvu života općenito su bili niži među financijski neosiguranim (nestabilnim) starijim osobama, a veći među onima s višim prihodima. Vjerojatnost samoprijavljene depresije bila je znatno veća među onima kod kojih se razvio financijski stres. Ova studija zaključuje da su i subjektivno i objektivno izmjereni financijski stres obrnuto povezani s dobrim zdravljem, kvalitetom života, životnim zadovoljstvom i pozitivno povezani s depresijom koju sami procjenjuju među starijim osobama [92].

Potom, provedena je studija 2022. godine koja je imala cilj istražiti kvalitetu života starijih osoba u Tajvanu, iz perspektive heterogenosti i razjasniti društvenu izolaciju koja utječe na njihovu kvalitetu života tijekom pandemije COVID-19. Uzorak su činili odgovori 213 muškaraca (51,1%) i 204 žene (48,9%) u dobi od 65 do 95 godina. Na temelju njihovih odgovora, 5 ispitanika (1,2%) je vrlo nezadovoljno svojom kvalitetom života, 25 (6,0%) je nezadovoljno, 74 (17,7%) je neutralno, 241 (57,8%) je zadovoljno, a 72 (17,3%) vrlo je zadovoljno. Ipak, većina ispitanika je zadovoljna svojim kvalitetom života, a tek rijetki su izrazito nezadovoljni i nezadovoljni. Rezultati pokazuju da su stabilno financijsko stanje i očuvanje zdravlja najbitnije odrednice njihove kvalitete života. Društvena izolacija tijekom pandemije COVID-19 značajno je umanjila njihovu kvalitetu života. Nadalje, stambena stabilnost starijih osoba značajno utječe na njihovu kvalitetu života [93].

U Nepal, jednoj od najsiromašnijih država u Aziji, provedena je studija sa svrhom procjene kvalitete života starijih osoba. U studiju je bila uključena ukupno 671 starija osoba u dobi od 60 godina nadalje. Većina sudionika bile su žene (53,0%), nepismene (70,6%), udate (64,2%) i žive s obitelji (59,3%). Među sudionicima, 82,4% izrazilo je srednju kvalitetu života. Starije osobe u dobi od 70 godina i mlađe imale su 11,07 puta

bolju kvalitetu života, starije osobe s dovoljnim prihodom imale su 2,73 puta bolju kvalitetu života i starije osobe koje nisu bile depresivne imale su 9,45 puta bolju kvalitetu života usporedno s ostalima. Starije osobe koje su primale socijalnu potporu imale su 9,97 puta bolju kvalitetu života od onih koje nisu, a one koje su si mogle priuštiti zdravstvene usluge imale su 4,69 puta bolju kvalitetu života od onih koje si to nisu mogle priuštiti. Studija je utvrdila da pet prediktora – dob, prihodi, depresija, socijalna podrška i pristupačnost zdravstvenih usluga – značajno utječu na kvalitetu života [94].

Istraživanje provedeno u općini Kathmandu u Nepal, među 462 starije osobe u dobi od ≥ 70 godina pokazalo je da je gotovo polovica njih imala depresiju, a četiri petine njih imalo je srednju kvalitetu života. Čimbenici povezani s niskom kvalitetom života bili su povećanje dobi, spol (ženski), samački život, nisko obrazovanje i nestabilni ekonomski status.

Druga studija provedena u ruralnom okruženju Nepala među 547 starijih osoba pokazala je da je 19% starijih osoba prijavilo nisku, siromašnu kvalitetu života.

Isto tako, studija u okrugu Baglung u Nepal, među 403 starije osobe ≥ 60 godina, pokazala je da 51,1% starijih osoba ima visoku kvalitetu života [94].

Sveučilište u Poljskoj objavilo je 2023. rezultate provedene studije o kvaliteti života starijih osoba u zemljama Europske unije. Studija se temeljila na podacima dostupnim u bazi podataka Eurostata. Analiza je obuhvatila 27 zemalja Europske unije. Zbog dostupnosti podataka, razdoblje promatranja obuhvatilo je 2015. i 2020. godinu.

Rezultati pokazuju da su, u obje analizirane godine, Luksemburg, Irska, Austrija, Nizozemska, Švedska i Finska imale najbolju situaciju s obzirom na uvjete života starijih osoba vezane uz dobrobit. Nasuprot tome, najgora situacija bila je u slučaju Bugarske, Rumunjske, Grčke, Latvije, Litve i Hrvatske. Općenito, dobro razvijene zapadnoeuropske zemlje imale su bolju situaciju od postkomunističkih istočnoeuropskih i srednjoeuropskih država. Od postkomunističkih zemalja najbolja situacija bila je u Sloveniji i, prilično iznenađujuće, u Slovačkoj. Njemačka je zemlja čiji se položaj najviše poboljšao, dok su Cipar i Španjolska zemlje čiji su se položaji najviše pogoršali.

Autori su identificirali četiri „skupine“ zemalja EU s obzirom na uvjete života starijih osoba, pri čemu se najbolja kvaliteta života može smatrati u zemljama četvrte skupine, a najlošija u zemljama prve skupine. Tako su dobili četiri „skupine“ zemalja EU:

- prva skupina: baltičke države, Bugarska i Rumunjska
- druga skupina: Hrvatska, Cipar, Češka, Mađarska, Italija, Malta, Poljska, Portugal, Slovačka, Slovenija i Španjolska
- treća skupina: nordijske zemlje, Austrija, Belgija, Francuska, Njemačka, Grčka i Nizozemska
- četvrta skupina: Irska i Luksemburg.

Zaključili su da u EU još uvijek postoji podjela između zemalja s boljim i lošijim životnim standardom starijih osoba. Ta se podjela uglavnom poklapa s podjelom zemalja na “staru” i “novu” EU. Međutim, čak i unutar „stare“ EU postoje razlike u životnim uvjetima starijih osoba vezanih uz dobrobit. Stoga se u istraživanju često dodatno izdvajaju zemlje sjeverne, zapadne i južne Europe. Zemlje “nove” EU imaju postkomunističko podrijetlo, što utječe na opći standard života starijih ljudi.

Istraživanje Granéa i sur. pokazuje da stanovništvo zemalja sjeverne i srednje Europe ima najbolje blagostanje i zdravstveni status, a prva tri mjesta zauzimaju Danska, Švedska i Švicarska. Najgora situacija po tom pitanju je u zemljama istočne Europe, poput Poljske, Estonije i Portugala. Ostale zemlje variraju između različitih razina [95].

Analiza sudjelovanja u aktivnostima i dobrobiti među Europljanima za odrasle osobe u dobi od 65 godina i starije od Vozikakija i sur. pokazalo je da je Sjeverna Europa postigla značajno višu poziciju u svim pokazateljima koji odražavaju visoko blagostanje, pri čemu su ti pokazatelji više nego dvostruko viši u sjevernim zemljama u usporedbi sa središnjim zemljama i više od tri puta viši nego u južnim zemljama [96].

Istraživanje Przybysza i Stanimira pokazuje da najaktivniji stariji ljudi žive u Danskoj, Finskoj, Nizozemskoj i Švedskoj. Najmanje aktivnih starijih osoba dolazi iz zemalja poput Hrvatske, Grčke, Poljske i Rumunjske [97].

Nepovoljna pojava koja utječe na životni standard starijih osoba je socijalna isključenost. Panek i Zwierzchowski su pokazali da su Danska, Švedska, Francuska i

Njemačka bile manje pogođene socijalnom isključenošću starijih ljudi nego zemlje u istočnoj Europi (Češka i Poljska) i na Mediteranu (Italija i Španjolska) [98].

U prosjeku, stanovnici nordijskih zemalja i zapadne Europe zadovoljniji su svojim životom od onih u južnoj i istočnoj Europi [99].

Jedno od objašnjenja niže kvalitete života u baltičkim državama i istočnoj Europi moglo bi biti da su starije generacije stanovnika tih zemalja, koje čine značajan udio stanovništva, iskusile dramatične događaje u smislu ekonomskih, društvenih i političkih promjena. Takvi su događaji mogli utjecati na njihovu prosudbu i kognitivnu procjenu određenih područja života. Zemlje južne Europe (a i neke istočnoeuropske, poput Mađarske) bile su ozbiljno pogođene gospodarskom krizom 2008. – 2014., što se negativno odrazilo na njihovu financijsku situaciju i zapošljavanje. Očigledna je polarizacija u disperziji standarda kvalitete života: sjever i centar nasuprot jugu i istoku Europe nakon krize 2007.–2011. Drugi razlog za razlike mogu biti značajne razlike u kvaliteti života između urbanih i ruralnih područja. Istraživanje Shucksmitha i sur. ukazuje na to da u zemljama istočne i južne Europe ruralna područja karakteriziraju znatno niže razine percipiranog blagostanja i kvalitete života [100].

U najbogatijim zemljama Europske unije razlike između urbanih i ruralnih područja su male. Unatoč tome, autori ističu da se subjektivno blagostanje ne razlikuje bitno. Mnoga istraživanja potvrđuju velik utjecaj izgrađenog okoliša na životni standard starijih osoba. Izgrađeni okoliš uključuje zgrade (domove, radna mjesta i škole), otvorene prostore (rekreacijske površine i parkove) i infrastrukturu (prometni sustavi) [101].

U starijoj dobi susjedstvo postaje posebno važno, jer mnogi stariji ljudi tamo provode većinu vremena. Na kvalitetu života starijih osoba utječe i razvoj infrastrukture koja se odnosi na različite aspekte života: javni prijevoz, socijalna infrastruktura, javno zdravstvo i komunikacija. U tom su pogledu zemlje zapadne i sjeverne Europe naprednije od zemalja istočne Europe, posebice kada je u pitanju razvoj infrastrukture u ruralnim područjima [102].

Utjecaj socioekonomskih, zdravstvenih i društvenih čimbenika na kvalitetu života starije populacije u zemljama južne Europe u razdoblju 2014. – 2015. analizirali su Cantarero-Prieto i sur. Utvrdili su da te zemlje imaju nižu kvalitetu života. Pokazali su da su starija dob, invaliditet i lošije zdravlje povezani s nižim rezultatima kvalitete

života. Učinak spola nije bio značajan. Srednje i tercijarno obrazovanje, umirovljenje ili zaposlenje te život u ruralnim područjima pridonijeli su višoj ocjeni kvalitete života [103].

10. Zaključak

Kvaliteta života starijih osoba postaje važna tema s obzirom na činjenicu da smo stanovništvo koje ubrzano stari. Starije osobe ranjiva su skupina našeg društva, a nerijetko su stigmatizirana i društveno neprihvaćena populacija. Obitelj, društvo, te politike države nedvojbeno nose odgovornosti za osiguranje adekvatne kvalitete života starijih.

Za osiguranje odgovarajuće kvalitete života starijih, potreban je multidisciplinarni tim koji uključuje liječnika, medicinsku sestru, fizioterapeuta, psihologa i ostale. No, magistra sestrinstva, također ima značajnu ulogu pri navedenom. Ona, kao dio sustava zdravstvene skrbi, zadužena je za upravljanje, mjerenje, praćenje i poboljšanje kvalitete života starijih osoba. Edukacija je, primarno, domena magistre sestrinstva. Potrebno je provoditi edukaciju samih starijih osoba, glede važnosti brige o tjelesnom, mentalnom i duhovnom zdravlju, te obitelji koja zauzima jedinstveno mjesto u životu starijih. Također, magistra sestrinstva može organizirati preventivne programe za starije osobe u vidu ranog otkrivanja sve češćih mentalnih/duhovnih bolesti koje su najčešće posljedica društvene (samo)izolacije. Hobiji i organizirana društvena međugeneracijska druženja zasigurno će pomoći kod podizanja samopouzdanja starijih. Fizička ograničenja uzrokovana su brojnim kroničnim bolestima. Svakoj starijoj osobi potrebno je pristupiti kao zasebnoj individui kako bi se osigurala adekvatna personalizirana skrb, uključujući i gerontodomačice (njegovateljice).

Motivirajuća okruženja (fizička dostupnost, društvo) također omogućuju ljudima da rade ono što smatraju bitnim, unatoč deficitu sposobnosti. Raspoloživa pristupačnost javnim zgradama i prijevozu primjer je poticajnog okruženja. U razvoju javnozdravstvenog odgovora na starenje, važno je ne samo uzeti u obzir individualne pristupe i pristupe okolišu koji umanjuju gubitke povezane sa starijom dobi, već staviti i naglasak na ono što poboljšava oporavak, prilagodbu i psihosocijalni rast.

Postoji izvor mladosti: to je vaš um, vaši talenti, kreativnost koju unosite u svoj život i živote ljudi koje volite. Kada naučite dodirivati ovaj izvor, doista ćete pobijediti starost. – Sophia Loren



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, *Martina Šošić*, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada pod naslovom Validacija kratkog upitnika o kvaliteti života u starijoj životnoj dobi (OPQOL-BRIEF) na populaciji osoba starije životne dobi u Varaždinskoj županiji te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(*Martina Šošić*)

Šošić Martina

(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.

11. Literatura

- [1] https://www.brainyquote.com/quotes/samuel_ullman_103893, dostupno 15.07.2024.
- [2] https://www.brainyquote.com/quotes/george_bernard_shaw_120971, dostupno 15.07.2024.
- [3] <https://www.mapfre.com/en/insights/economy/elderly-dependency-growing-problem/>, dostupno 15.07.2024.
- [4] L. Moral – Fernandez, A. Frias – Osuna, S. Moreno – Camara, P. A. Palomino – Moral, R. Del – Pino – Casado: The start of caring for an elderly dependent family member: a qualitative metasynthesis, 25 September 2018. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0922-0>, dostupno 15.07.2024.
- [5] M. Denham: A Brief History of the Care of the Elderly. <https://www.bgs.org.uk/resources/a-brief-history-of-the-care-of-the-elderly>, dostupno 16.07.2024.
- [6] G. Netuveli, D. Blane: Quality of life in older ages. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18281376/>, dostupno 16.07.2024.
- [7] Güven, S.: Türkiye’de yaşlı ve aile. Geriatri ve Gerontoloji. International Institute on Aging (INIA) and Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi (GEBAM) Yayını, Ankara, 2006.
- [8] Güven, S.: Yaşlı ve aile. Geriatri (Ed. Gökçe-Kutsal Y.). İstanbul: Turgut Yayıncılık, 2002.
- [9] M. Ghenta, A. Matei, L. Mladen – Macovei, S. Stanescu: Quality of Life of Older Persons: The Role and Challenges of Social Services Providers. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9321035/>, dostupno 16.07.2024.
- [10] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, dostupno 16.07.2024.
- [11] <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2024>, dostupno 16.07.2024.
- [12] <https://www.cbo.gov/publication/59697>, dostupno 17.07.2024.
- [13] J. Despot Lučanin: Iskustvo starenja, Naknada Slap, Zagreb, 2003.
- [14] <https://www.britannica.com/science/old-age>, dostupno 17.07.2024.

- [15] S. Bum Lee, J. Hun Oh, J. Ho Park, S. Pill Choi J. Hee Wee: Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6301865/>, dostupno 17.07.2024.
- [16] H. C. Covey: The Definitions of the Beginning of Old Age in History. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1607219/>, dostupno 17.07.2024.
- [17] M. Kyriazis: Aging as “Time-Related Dysfunction”: A Perspective. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7397818/>, dostupno 18.07.2024.
- [18] J. E. Birren, B. A. Birren: The concepts, models and history of the psychology of aging. U: J. E. Birren i K. W. Schaie (ur.), Handbook of the psychology of aging (3-20). San Diego: Academic Press, 1990.
- [19] P. B. Baltes, S. L. Willis: Toward psychological theories of aging and development. U: J. E. Birren i K. W. Schaie (ur.), Handbook of the psychology of aging (128 – 154). New York: Van Nostrand Reinhold, 1977.
- [20] B. H. Lemme: Development in adulthood. Boston: Allyn and Bacon, 1995.
- [21] J. F. Schroots, J. E. Birren: Concepts of time and aging in science. U: J. E. Birren i K. W. Schaie (ur.), Handbook of the psychology of aging (45 – 64). San Diego: Academic press, 1990.
- [22] Gerhard G, Cristofalo V: The limits of biogerontology, Generations 16 (4):55-60, 1992.
- [23] Ignatavicius DD, Workman ML, Mishler MA: Medical-surgical nursing across the health care continuum, ed 3, St Louis, 1999, WB Saunders
- [24] Hayflick L: How and why we age, New York, 1996, Ballantine Books
- [25] Hogstel MO: Geropsychiatnc nursing, ed 2, St Louis, 1995, Mosby
- [26] <https://ogg.osu.edu/media/documents/sage/handouts/SAGE%20Theories%20of%20Aging%20geron%20nurs.pdf>, dostupno 21.07.2024.
- [27] Edelman CL, Mandie CL: Heahb promotion throughout the lifespan, ed 4, St. Louis, 1998, Mosby.
- [28] M. Perlmutter, E. Hall: Adult development and aging. New York: John Wiley and Sons, 1992.
- [29] Sonneborn T: The origin, evolution, nature and causes of aging. In Behnke, Finch CE, Moment C, editors: The biowgy of aging, New York, 1979, Plenum Press

- [30] Phipps WJ, Sands JK, Marek JF: Medical-surgical nursing: concepts and clinical practice, ed 6, St Louis, 1999, Mosby
- [31] Cumming E, Henry W: Growing old, New York, 1961, Basic Books.
- [32] Havighurst RJ, Neugarten BL, Tobin SS: Disengagement, personality and life satisfaction in the later years. In Hansen P, editor: Age with a future, Copenhagen, 1963.
- [33] Riley MW: Age strata in social systems. In Binstock RH, Shanas E, editors: Handbook of aging and social sciences, New York, 1985, Van Nostrand Reinhold
- [34] Lawton MP: Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In Lawton MP, Windley PG, Byens TO, editors: Aging and the environment: theoretical approaches, New York, 1982, Springer
- [35] Birren J.E., Cunningham W.R.: Research on the psychology of aging. In Birren JE, Scheie KW, editors: Handbook of the psychology of aging, New York, 1985, Van Nostrand Reinhold
- [36] Carson VB, Arnold EN: Mental health nursing, the nurse-patient journey, Philadelphia, 1996, WB Saunders
- [37] Schroots E: Theoretical developments in the psychology of aging, *Gerontologist* 36(6):742-749, 1996.
- [38] U. Annele, K. J. Satu, E. Strandberg Timo: Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776218/>, dostupno 25.07.2024.
- [39] Kim S-H, Park S. A Meta-analysis of the correlates of successful aging in older adults. *Research on Aging*. 2016;39(5):657–677.
- [40] Fernández-Ballesteros R, García LF, Abarca D, et al. Lay concept of aging well: Cross-cultural comparions. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2008;56:950–952.
- [41] Fernández-Ballesteros R, Robine JM, Walker A, Kalache A. Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013.
- [42] Baltes PB, Baltes MM: Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. In: Baltes P. B, Baltes M.M, editors. New York: Cambridge University Press; 1990.

- [43] Baltes PB: On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *The American Psychologist*. 1997;52:366–380
- [44] Kok AA, Aartsen MJ, Deeg DJ, Huisman M: Capturing the diversity of successful aging: An Operational definition based on 16-year trajectories of functioning. *The Gerontologist*. 2015;57(2):240–251
- [45] Newman AB, Murabito JM: The epidemiology of longevity and exceptional survival. *Epidemiol Rev*. 2013;35(1):181–97
- [46] Strandberg AY, Strandberg TE, Stenholm S, Salomaa VV, Pitkälä KH, Tilvis RS: Low midlife blood pressure, survival, comorbidity, and health-related quality of life in old age: the Helsinki Businessmen study. *Journal of Hypertension*. 2014;32:1797–1804
- [47] Davis JC, Bryan S, Best JR, et al.: Mobility predicts change in older adults' health-related quality of life: evidence from a Vancouver falls prevention prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:101
- [48] Urtamo A, Huohvanainen E, Pitkälä KH, Strandberg TE: Midlife predictors of active and healthy aging (AHA) among older businessmen. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31:225
- [49] Andersen-Ranberg K, Schroll M, Jeune B: Healthy centenarians do not exist, but autonomous do: A population-based study of morbidity among Danish centenarians. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2001;49:900–908
- [50] Nosraty L, Jylhä M, Raittila T, Lumme-Sandt K: Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study. *Journal of Aging Studies*. 2015;32:50–58
- [51] Pruchno RA, Wilson-Genderson M: A Longitudinal examination of the effects of early influences and midlife characteristics on successful aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70(6):850–859
- [52] Manierre M. Successful present, successful future? Assessment of a nonbinary model of successful aging. *The Gerontologist*. 2018;20:1–11
- [53] Hartley A, Angel L, Castel A, et al: Successful aging: The role of cognitive gerontology. *Experimental Aging Research*. 2018;44(1):82–93
- [54] Irwin K, Sexton C, Daniel T, Lawlor B, Naci L: Healthy Aging and Dementia: Two Roads Diverging in Midlife? *Front Aging Neurosci*. 2018;10:275

- [55] Anton SD, Woods AJ, Ashizawa T, et al: Successful aging: Advancing the science of physical independence in older adults. *Ageing Research Reviews*. 2015;24:B304–327
- [56] Strandberg TE: Preventive effects of physical activity in older people. *The Cambridge handbook of successful aging*. (pp. 169–178) In: Fernandez-Ballesteros R, Benetos A, Robine J-M, editors. Cambridge University Press; 2019.
- [57] Karttunen NM, Turunen J, Ahonen R, Hartikainen S: More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. *Age Ageing*. 2014;43:845–850
- [58] [https://www.physio-pedia.com/Older People - An Introduction](https://www.physio-pedia.com/Older_People_-_An_Introduction), dostupno 01.08.2024.
- [59] <https://opentextbc.ca/introductiontosociology/chapter/chapter13-aging-and-the-elderly/>, dostupno 01.08.2024.
- [60] Tam, K. L., Chandran, K., Yu, S., Nair, S., & Visvanathan, R.: Geriatric Medicine Course to Senior Undergraduate Medical Students Improves Attitude and Self-Perceived Competency Scores. *Australasian Journal on Ageing*, 33, E6-E11, 2014.
- [61] Gallagher, S., Bennett, K. M., & Halford, J. C. G.: A Comparison of Acute and Long-Term Health-Care Personnel's Attitudes towards Older Adults. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 273-279. 2006.
- [62] Kearney, N., Miller, M., Paul, J., & Smith, K.: Oncology Healthcare Professionals' Attitudes toward Elderly People. *Annals of Oncology*, 11, 599-601. 2002.
- [63] Kiliç, D., & Adibelli, D.: The Validity and Reliability of Kogan's Attitude towards Old People Scale in the Turkish Society. *Health*, 3, 602-608. 2011.
- [64] Momtaz, Y. A., Mousavi-Shirazi, F., Mollaei, P., & Delbari, A.: Attitude of Medical Sciences Students toward Older Adults in Iran, 2017. *The Open Psychology Journal*, 12, 40-45.
- [65] Russell, D., & Breaux, E.: Living Arrangements in Later Life. In D. Gu, & M. E. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (pp. 1-7). Springer. 2019.

- [66] Mohd Faudzi, F. N., Armitage, C. J., Bryant, C., & Brown, L.: Cultural Adaptations to the Measurement of Attitudes to Ageing: Psychometric Assessment of the Malay Reactions to Ageing Questionnaire. *Assessment*, 27, 1272-1284. 2018.
- [67] Hummert, M.L.: Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. *Psychol. Aging* 1990, 5, 182–193.
- [68] Cuddy, A.J.C.; Norton, M.I.; Fiske, S.T. This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *J. Soc. Issues* 2005, 61, 267–285
- [69] Hess, T.M.: Attitudes toward aging and their effects on behavior. In *Handbook of the Psychology of Aging*; Birren, J.E., Schaie, K.W., Eds.; Academic Press: San Diego, CA, USA, 2006.
- [70] Butler, R.N. Age-Ism: Another Form of Bigotry. *Gerontologist* 1969, 9, 243–246.
- [71] B. Hayslip, P. E. Banek: *Adult development and aging*. New York: Harper Collins, 1993.
- [72] H. Kang, H. Kim: Ageism and Psychological Well-Being Among Older Adults: A Systematic Review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9008869/>, dostupno 06.08.2024.
- [73] D. Teoli, A. Bhardwaj: *Quality Of Life*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>, dostupno 06.08.2024.
- [74] G. Netuveli, D. Blane: *Quality of life in older ages*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18281376/>, dostupno 07.08.2024.
- [75] K. Arian: *The Importance of Quality of Life*. <https://www.kemalarikan.com/en/the-importance-of-quality-of-life.html>, dostupno 08.08.2024.
- [76] R. Lewis Jr., J. Ford – Robertson, D. Dennard: *Inner City Quality of Life: A Case Study of Community Consciousness and Safety Perceptions among Neighborhood Residents*. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=71864>, dostupno 08.08.2024.
- [77] N. Kelley – Gillespie: *An Integrated Conceptual Model of Quality of Life for Older Adults Based on a Synthesis of the Literature*. https://www.researchgate.net/publication/227107991_An_Integrated_Conceptual_Model_of_Quality_of_Life_for_Older_Adults_Based_on_a_Synthesis_of_the_Literature, dostupno 09.08.2024.

- [78] Bo – Ram Kim, Hyang – Hee Hwang: Analysis of Major Factors Affecting the Quality of Life of the Elderly in Korea in Preparation for a Super-Aged Society. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35954970/>, dostupno 10.08.2024.
- [79] Karen M. van Leeuwen, Miriam S. van Loon, Fenna A. van Nes, Judith E. Bosmans, Henrica C. W. de Vet, Johannes C. F. Ket, Guy A. M. Widdershoven, Raymond W. J. G. Ostelo: What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30849098/>, dostupno 10.08.2024
- [80] Choi, H.J.; Lee, H.J. A Study on Factors Affecting Quality of Life for the Elderly: Focusing on Socio-demographic, Environmental, and Institutional Characteristics. *J. Korean Soc. Wellness* 2019, 14, 103–112.
- [81] Jung, J.P.; Lee, E.R.; Sin, M.S. The health of the elderly impact on quality of life. *Korean J. Acad. Converg. Health Welf.* 2012, 4, 51–61.
- [82] T. Vinsalia, Y. S. Handajani: Life satisfaction is the most significant determinant of quality of life in the elderly. *Universa Medicina*, 2021. https://www.researchgate.net/publication/350816507_Life_satisfaction_is_the_most_significant_determinant_of_quality_of_life_in_the_elderly, dostupno 10.09.2024.
- [83] Lucas-Carrasco R, Den Oudsten BL, Eser E, Power MJ. Using the satisfaction with life scale in people with Parkinson's disease: a validation study in different European countries.
- [84] Boylu AA, Günay G. Life satisfaction and quality of life among the elderly: moderating effect of activities of daily living. *Turkish J Geriatry* 2017;20: 61-9.
- [85] Indrayani I, Ronoatmodjo S. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup lansia di desa Cipasung kabupaten Kuningan tahun 2017. *J Kesehat Reprod* 2018;9:1-10.
- [86] A. I. Tavares: Health and life satisfaction factors of Portuguese older adults. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34883397/>, dostupno 15.09.2024.
- [87] R. Zh. Kutubaeva: Analysis of life satisfaction of the elderly population on the example of Sweden, Austria and Germany. <https://populationandeconomics.pensoft.net/article/47192/>, dostupno 15.09.2024.
- [88] Pereira C, Baptista F, Cruz-Ferreira A. Role of physical activity, physical fitness, and chronic health conditions on the physical independence of community-dwelling older adults over a 5-year period. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;65:45–53.

- [89] Feng Z, Cramm JM, Nieboer AP. A healthy diet and physical activity are important to promote healthy ageing among older Chinese people. *J Int Med Res.* 2019;47(12):6061–81.
- [90] U. Svantesson, J. Jones, K. Wolbert, M. Alricsson: Impact of Physical Activity on the Self-Perceived Quality of Life in Non-Frail Older Adults. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471744/>, dostupno 16.09.2024.
- [91] A. Kiełtyka-Słowik, U. Michalik-Marcinkowska, B. Zawadzka: The association between physical activity and quality of life among people aged 60-89 living in own homes and nursing homes. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38521918/>, dostupno 16.09.2024.
- [92] R. Huang, B. Ghose, S. Tang: Effect of financial stress on self-rereported health and quality of life among older adults in five developing countries: a cross sectional analysis of WHO-SAGE survey. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32787806/>, dostupno 16.09.2024.
- [93] D. W. L. Lai, C. Yang, E. Yan: Analysing the Quality of Life of Older Adults: Heterogeneity, COVID-19 Lockdown, and Residential Stability. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9566255/>, dostupno 16.09.2024.
- [94] <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHR-01-2020-0023/full/html>, dostupno 16.09.2024.
- [95] Grané, A.; Albarrán, I.; Guo, Q. Visualizing Health and Well-Being Inequalities Among Older Europeans. *Soc. Indic. Res.* 2021, 155, 479–503.
- [96] Vozikaki, M.; Linardakis, M.; Micheli, K.; Philalithis, A. Activity Participation and Well-Being among European Adults Aged 65 years and Older. *Soc. Indic. Res.* 2017, 131, 769–795
- [97] Przybysz, K.; Stanimir, A. Measuring Activity—The Picture of Seniors in Poland and Other European Union Countries. *Sustainability* 2023, 15, 9511.
- [98] Panek, T.; Zwierzchowski, J. Examining the Degree of Social Exclusion Risk of the Population Aged 50 + in the EU Countries Under the Capability Approach. *Soc. Indic. Res.* 2022, 163, 973–1002.
- [99] Rogge, N.; Van Nijverseel, I. Quality of Life in the European Union: A Multidimensional Analysis. *Soc. Indic. Res.* 2019, 141, 765–789.

- [100] Shucksmith, M.; Cameron, S.; Merridew, T.; Pichler, F. Urban–rural differences in quality of life across the European Union. *Reg. Stud.* 2009, 43, 1275–1289.
- [101] Bonaccorsi, G.; Manzi, F.; Del Riccio, M.; Setola, N.; Naldi, E.; Milani, C.; Giorgetti, D.; Dellisanti, C.; Lorini, C. Impact of the Built Environment and the Neighborhood in Promoting the Physical Activity and the Healthy Aging in Older People: An Umbrella Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 6127.
- [102] B. Bieszk – Stolorz, K. Dmytrow: The Well-Being-Related Living Conditions of Elderly People in the European Union—Selected Aspects. Institute of Economics and Finance, University of Szczecin, Poland. <https://www.mdpi.com/2071-1050/15/24/16823>, dostupno 16.09.2024.
- [103] Cantarero-Prieto, D.; Pascual-Sáez, M.; Blázquez-Fernández, C. What is Happening with Quality of Life Among the Oldest People in Southern European Countries? An Empirical Approach Based on the SHARE Data. *Soc. Indic. Res.* 2018, 140, 1195–1209.

Popis slika

Slika 2.1. Gustoća naseljenosti u EU (km ²), 2022. godine.....	5
Slika 6.1. Konceptualni model kvalitete života.....	24

Popis grafikona

Grafikon 2.1. Kretanje stanovnika u zemljama EU, stanje 1. siječnja 2023.....	5
Grafikon 2.2. Prosječna starost stanovništva u EU, 2003. – 2023.g.....	6
Grafikon 8.1.1. Prikaz sudionika prema spolu.....	33
Grafikon 8.1.2. Prikaz sudionika prema dobi.....	34
Grafikon 8.1.3. Prikaz razine obrazovanja sudionika.....	35
Grafikon 8.1.4. Prikaz iznosa mjesečne mirovine sudionika.....	36
Grafikon 8.1.5. Prikaz suživota u kućanstvu sudionika.....	37
Grafikon 8.1.6. Prikaz načina prijevoza sudionika.....	38
Grafikon 8.1.7. Prikaz razine kondicije sudionika.....	39

Popis tablica

Tablica 8.1.1. Prikaz sudionika prema spolu.....	32
Tablica 8.1.2. Prikaz sudionika prema dobi.....	33
Tablica 8.1.3. Prikaz razine obrazovanja sudionika.....	34
Tablica 8.1.4. Prikaz iznosa mjesečne mirovine sudionika.....	35
Tablica 8.1.5. Prikaz suživota u kućanstvu sudionika.....	36
Tablica 8.1.6. Prikaz načina prijevoza sudionika.....	38
Tablica 8.1.7. Prikaz razine kondicije sudionika.....	39
Tablica 8.1.8. Prikaz poznavanja službi za pomoć starijima u mjestu sudionika.....	40

Prilozi

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 rodbinici 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

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"/>