

Kvaliteta života osoba starije životne dobi s obzirom na procjenu zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razinu aktivnosti

Banko, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:186:695165>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-26**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Ana Banko

**Kvaliteta života osoba starije životne dobi s obzirom na
procjenu zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razinu
aktivnosti**

Diplomski rad

Rijeka, 2023.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

Ana Banko
JMBAG: 0009074555

**Kvaliteta života osoba starije životne dobi s obzirom na
procjenu zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razinu
aktivnosti**

Diplomski rad

Diplomski sveučilišni studij Psihologija

Mentor: prof. dr. sc. Sanja Smojver-Ažić

Rijeka, 2023.

IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentora prof. dr. sc. Sanje Smojver-Ažić.

Rijeka, rujan 2023.

PREDGOVOR

Najveća zahvala mojoj mentorici, prof. dr. sc. Sanji Smojver-Ažić na ukazanom povjerenju i svim savjetima tijekom izrade diplomskog rada. Svojim vodstvom unaprijedila ste kvalitetu ovog rada. Također, veliko hvala komisiji za diplomski rad, izv. prof. dr. sc. Barbari Kalebić Maglica i izv. prof. dr. sc. Tamari Martinac Dorčić.

Beskrajno se zahvaljujem mojoj obitelji na ukazanoj podršci, odricanju i strpljenju koje su imali za mene tijekom studiranja. Hvala mojim sekama na svakom savjetu, ohrabrivanju i neizmjernoj podršci. Posebno hvala mojim roditeljima bez čije podrške sve ovo ne bi bilo moguće, Vi ste mi dali sve i zato je ova diploma posvećena Vama, mama, tata, volim Vas najviše! Posebna zahvala ide mami, hvala ti na podršci tijekom cijelog mog života, što si uvijek vjerovala u mene, na pruženoj mogućnosti da svoje snove pretvorim u stvarnost.

Mojoj boljoj polovici. Antonio, bez tvoje podrške i ljubavi ovaj uspjeh ne bi bio moguć, a ni potpuno, hvala ti lju na svakom savjetu i podršci!

Hvala i mojim prijateljima, Vi ste bili moja ramena za plakanje, tijekom cijelog školovanja, a ponajviše na kraju studija i zato beskrajno hvala mojoj Tratinčici, Maji, Semi, Kikoviću, Celiću, Lei i svim ostalim prijateljima koji su bili tu za mene!

Za kraj, mojim curama s faksa. Hvala Vam jer smo stvorile jedno predivno prijateljstvo koje se održalo i nakon završetka fakultetskog obrazovanja! Hvala Vam na savjetima pri izradi ovog rada.

SAŽETAK

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati efekt procjene zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti na kvalitetu života kod osoba starije životne dobi. U istraživanju je sudjelovalo 193 ispitanika na području Istarske županije, Primorsko-goranske županije i Osječke županije, od čega 59 čine muškarci, a 134 čine žene, u rasponu dobi od 60 do 90 godina ($M = 75$, $SD = 8.55$). U istraživanju su korištene sljedeće mjere: pitanja o demografskim podacima ispitanika, upitnik o čestini bavljenja različitim aktivnostima, upitnik o zdravstvenim problemima (mjera zdravstvenih problema i ljestvica zdravlja), multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške i upitnik o kvaliteti života.

Kako bi ispitali doprinos promatranih varijabli u objašnjenju varijance ukupne kvalitete života, provedena je hijerarhijska regresijska analiza gdje su percepcija zdravstvenog statusa, socijalna podrška i razina aktivnosti bili prediktori. Dobiveno je da su samoprocjena zdravstvenog statusa, percipirana socijalna podrška obitelji i prijatelja kao i slobodne aktivnosti, vezane za osobnu dobrobit značajni prediktori kvalitete života u starijoj dobi. Aktivnosti vezane za brigu i skrb nisu se pokazale kao značajan prediktor kvalitete života kod osoba starije dobi. Dobiveni rezultati potvrđuju važnost održavanja zdravlja, očuvanja kvalitetne socijalne mreže te veće sudjelovanje u raznim aktivnostima kako bi ukupna kvaliteta života kod osoba starije životne dobi bila što veća.

Ključne riječi: kvaliteta života, osobe starije životne dobi, samoprocjena zdravstvenog statusa, socijalna podrška, razina aktivnosti, uspješno starenje.

Quality of life with regard to assessment of health status, social support and activity level in elderly people

ABSTRACT

The aim of the conducted research was to examine the effect of assessment of health status, social support and level of activity on the quality of life of elderly people. 193 respondents from the Istrian County, Primorje-Gorski Kotar County and Osijek County participated in the research, of which 59 were men and 134 were women, in the age range of 60 to 90 years ($M = 75$, $SD = 8.55$). The following measures were used in the research: questions about the respondents' demographic data, a questionnaire about the frequency of engaging in various activities, a questionnaire about health problems (a measure of health problems and a health scale), a multidimensional scale of perceived social support and a questionnaire about quality of life.

In order to examine the contribution of the observed variables in explaining the variance of the overall quality of life, a hierarchical regression analysis was performed where the perception of health status, social support and activity levels were predictors. It was found that self-assessment of health status, perceived social support from family and friends as well as leisure activities related to personal well-being are significant predictors of quality of life in old age. Activities related to care and nursing did not prove to be a significant predictor of quality of life in elderly people. The obtained results confirm the importance of maintaining health, preserving a quality social network and greater participation in various activities in order to make the overall quality of life of elderly people as high as possible.

Key words: quality of life, elderly people, self-assessment of health status, social support, activity level, successful aging.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	7
1.1. Pojam starenja.....	7
1.2. Modeli uspješnog starenja	9
1.3. Zdravstveni status.....	10
1.4. Socijalna podrška	12
1.5. Razina aktivnosti	14
1.6. Kvaliteta života	16
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	19
3. PROBLEMI ISTRAŽIVANJA	19
4. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA	20
5. METODA.....	20
5.1. Sudionici.....	20
5.2. Mjerni instrumenti.....	21
5.3. Postupak istraživanja.....	25
6. REZULTATI.....	26
6.1. Deskriptivni pokazatelji	26
6.2. Korelacije među varijablama.....	28
6.3. Analiza prediktora kvalitete života: Rezultati hijerarhijske regresijske analize	31
7. RASPRAVA.....	33
7.1. Povezanost percepcije zdravstvenog statusa i kvalitete života osoba starije životne dobi. 33	
7.2. Povezanost percipirane socijalne podrške i kvalitete života osoba starije životne dobi. ..	35
7.3. Povezanost razine aktivnosti i kvalitete života osoba starije životne dobi.....	37
7.4. Doprinis percepcije zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti u objašnjenju kvalitete života osoba starije životne dobi	41

7.5. Ograničenja i prednosti istraživanja.....	43
7.6. Buduća istraživanja	45
8. ZAKLJUČAK	46
9. LITERATURA.....	47

1. UVOD

Starenje je prirodan proces koji je najčešće praćen promjenama u psihološkim, socijalnim, fizičkim i fiziološkim funkcijama. Također, predstavlja jedan od najvećih zdravstvenih, ekonomskih i socijalnih izazova 21. stoljeća (Marinović Glavić i sur., 2020) koji se manifestira različitom brzinom kod različitih pojedinaca (Egeljić-Mihailović i sur., 2020). Faktori socijalne podrške i razine aktivnosti utječu na zdravlje osoba starije dobi i obratno, a kroz njihovo međudjelovanje se očituju različite razine kvalitete života. Važno je naglasiti da svaki pojedinac doživljava starenje na osobni način i da kvaliteta života može varirati ovisno o pruženoj socijalnoj podršci starijim osobama, osiguranom pristupu zdravstvene skrbi, društvenim mrežama i drugim resursima koji im mogu pomoći u održavanju visoke kvalitete života u starijoj dobi.

1.1 Pojam starenja

Starenje opisujemo kao normalnu i trajnu fiziološku promjenu kod čovjeka gdje je iznimno važno očuvanje funkcionalne sposobnosti, unaprjeđivanje zdravlja te naposljetku unaprjeđivanje kvalitete života, a starost predstavlja neizbježan period u životu svakog čovjeka (Pečjak, 2001). Također, pojam starenja odnosi se na način na koji društvo i pojedinci percipiraju i interpretiraju proces starenja. To uključuje najčešće stavove, uvjerenja, stereotipe i očekivanja povezana sa starijom dobi. Navedeno može varirati između različitih kultura i vremenskih perioda. Također, poznato je da je starost opće populacije u sve većem porastu zbog produljenja životnog vijeka, smanjenja stopa fertiliteta i drugih faktora (Lindsay Smith i sur., 2017) te je bitno promovirati načine za poticanje aktivnog starenja (Lindsay Smith i sur., 2017). Uzrok progresivnog opadanja sposobnosti funkcioniranja u fizičkoj i psihičkoj, ali i u svim drugim sferama života te dobi je samo postojanje velike učestalosti kroničnih i degenerativnih oboljenja kod osoba starije životne dobi (Egeljić-Mihailović i sur., 2020).

Prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda (UN) osobe starije životne dobi su one osobe koje imaju 65 i više godina (Marinović Glavić i sur., 2020). Razlikujemo primarno starenje i sekundarno starenje (Despot Lučanin, 2003). Primarno starenje (fiziološko starenje ili senescencija) se najčešće odnosi na normalne fiziološke procese određene biološkim čimbenicima, a koji su posljedica protoka vremena ili sazrijevanja (poput menopauze).

Sekundarno starenje je starenje koje se odnosi na patološke promjene i opadanje funkcioniranja s godinama, a najčešće je uzrokovano vanjskim faktorima kao što su bolesti, pušenje, alkohol, buka i slično (Lepan i Leutar, 2012). Snažan utjecaj na kvalitetu života starijih osoba ima osobno shvaćanje starenja koje je za svakog pojedinca različito. Stoga, negativne konstrukcije starenja, kao što su stereotipi o slabosti starijih osoba, ovisnosti o drugim ljudima i gubitku vrijednosti najčešće rezultiraju stigmatizaciji starijih osoba i ograničavajućim uvjerenjima o njihovim sposobnostima. To najčešće dovodi do diskriminacije, socijalne isključenosti i smanjenja samopoštovanja kod osoba starije životne dobi (Bara i Podgorelec, 2015).

Suprotno navedenom, pozitivne konstrukcije starenja mogu promicati prihvaćanje i uvažavanje starijih osoba te priznavanje njihovih životnih iskustava, mudrosti i znanja. Ove pozitivne konstrukcije mogu doprinijeti poboljšanju samopouzdanja, kvalitete života i socijalne uključenosti starijih ljudi što je i cilj ovog istraživanja. Važno je prepoznati da konstrukti starenja mogu imati stvarne posljedice na osobe starije životne dobi. Stoga, potrebno je promicati pozitivne konstrukcije starenja i zalagati se protiv dobno uvjetovane diskriminacije. Osim toga, individualne konstrukcije starenja mogu također utjecati na način kako starije osobe percipiraju sebe i vlastiti proces starenja. Pozitivna uvjerenja o starenju, kao što su prihvaćanje promjena i prilagodljivost za životno iskustvo mogu potaknuti i zadovoljnije starenje kod pojedinaca. U cjelini, konstrukti starenja igraju važnu ulogu u oblikovanju percepcije i iskustva starijih osoba (sve prema Despot Lučanin, 2014).

Za održavanje dobre kvalitete života važno je aktivno starenje. Pod aktivnim se starenjem misli na pojedince starije životne dobi koji nastavljaju sudjelovati u socijalnim, kulturalnim, građanskim i ekonomskim aktivnostima te time i teže održavanju dobre kvalitete života (Smith i sur., 2017). Zato je istraživanje faktora vezanih uz aktivno starenje izuzetno bitno kako bi se u budućnosti svakoj osobi starije životne dobi osigurali isti uvjeti za održavanje dobre kvalitete života, a time omogućilo i kvalitetnije starenje. Međutim, veliki izazov današnjice je identificirati čimbenike koji će osobe starije životne dobi štititi od kognitivnog i emocionalnog propadanja. Pretpostavljamo da uključenost u razne aktivnosti, dobra socijalna interakcija te dobro zdravstveno stanje predstavljaju zaštitne čimbenike koji će starije osobe štititi od kognitivnog i emocionalnog propadanja, a istovremeno pretpostavljamo da su ovo varijable koje imaju efekt na kvalitetu života kod osoba starije dobi. Kao glavna komponenta uspješnog starenja zagovara se održavanje starenja i kognitivne vitalnosti, međutim istraživanja su pokazala da uspješno starenje nije jedinstvena cjelina koja će se promicati ako se fokusiramo samo na jedan aspekt života pojedinca (Fratiglioni i sur., 2004) Nadalje, istraživanje Gow i

suradnika (2007) pokazuje da se mogu identificirati kognitivno-zaštitni čimbenici iz potencijalno promjenjivog životnog stila pojedinca te predložiti i intervencije s ciljem promicanja zdravog kognitivnog starenja.

1.2. Modeli uspješnog starenja

Modeli uspješnog starenja objašnjavaju složene procese starenja pri čemu izdvajamo dva najviše korištena modela, a to su: biomedicinski i psihosocijalni model.

Prvi, biomedicinski model Rowea i Kahna (1997) u sam koncept uspješnog starenja uključuje mentalno i fizičko funkcioniranje odnosno objašnjava aktivnu uključenost pojedinca u vlastiti život. Unatoč tome što je tjelesno funkcioniranje bitna komponenta uspješnog starenja, osobama kroz godine tjelesno zdravlje opada te ono nije više na vrhuncu, a zdravstveni problemi su najčešće ti koji uključuju pojavu bolesti (Ambrosi-Randić i sur., 2017).

Sukladno tome, zbog visoko postavljenih kriterija biomedicinskog modela: dobro tjelesno funkcioniranje ili odsustvo bolesti, a koji se u stvarnosti postižu tek kod znatno manjeg dijela starije populacije, kao i same činjenice da ovim modelom nisu zahvaćeni psihološki ni socijalni aspekti pojedinca, predložen je drugi, psihosocijalni model kojim se ističe važnost uspješnog funkcioniranja unutar društvene zajednice (Bowling i Dieppe, 2005).

Prethodno navedeni pristupi fokusirali su se na točno određene aspekte starenja poput uključenost pojedinca u aktivni životni stil i funkcioniranje pojedinca unutar društvene zajednice te se pritom zanemarilo ostale odrednice uspješnog starenja kao što su: tjelesno, funkcionalno, psihološko ili mentalno i socijalno zdravlje koje također imaju bitnu ulogu u uspješnom starenju, a što je rezultiralo pojavom višedimenzionalnih pristupa koji su integrirali različite biološke, psihološke i socijalne komponente (Cosco i sur., 2015). Jedan od njih odnosi se na dvofaktorski model uspješnog starenja (Pruchno i sur., 2010) koji se fokusira na kombinaciju subjektivne i objektivne dimenzije uspješnog starenja. Objektivna dimenzija uključuje tjelesne odrednice, izostanak zdravstvenih tegoba i slično dok subjektivna dimenzija uspješnog starenja obuhvaća osobnu procjenu zadovoljstva različitim dimenzijama poput socijalnih odnosa, zdravlja, materijalnog blagostanja i slično (Pruchno i sur., 2010). Prethodno opisani modeli važna su polazišta za proučavanje starenja jer obuhvaćaju različite aspekte kao što su zdravstveni status pojedinca, psihosocijalna komponenta, zadovoljstvo životom i socijalna podrška koji utječu na adekvatno funkcioniranje starije populacije u svakodnevnom

životu sa svrhom postizanja visoke kvalitete života, a što se željelo provjeriti s ovim istraživanjem.

1.3. Zdravstveni status

Zdravstveni status starijih osoba može varirati ovisno o različitim faktorima kao što su genetika, stil života, prethodne bolesti i okolina. Važno je naglasiti da starije osobe mogu biti dobrog zdravlja i imati kvalitetan život unatoč izazovima, a u cilju je da proces starenja učinimo što neprimjetnijim, sa što manjim stupnjem opadanja funkcionalnih sposobnosti kako bi pojedinci zadržali veću razinu kvalitete života te očuvali svoju samostalnost (Cummins, 2000; Vuletić i Stapić, 2013).

Kada govorimo o samoprocjeni zdravstvenog statusa kod starijih osoba definiramo da je to proces u kojem pojedinac procjenjuje vlastito zdravlje, simptome te mentalno i fizičko funkcioniranje (Vuletić, 2013). Kod osoba starije životne dobi ova procjena može biti korisna za praćenje promjena u zdravlju i donošenje informiranih odluka o skrbi. U nastavku donosimo nekoliko ključnih aspekata samoprocjene zdravstvenog statusa kod starijih osoba (Ware i sur., 1981), a to su: 1. fizičko zdravlje: starije osobe mogu procijeniti svoje fizičko zdravlje uzimajući u obzir simptome, kao što su bol, umor, nedostatak energije ili poteškoće u kretanju, vitalne znakove: krvni tlak, puls i tjelesna težina, 2. mentalno zdravlje: samoprocjena mentalnog zdravlja uključuje procjenu raspoloženja, emocionalne dobrobiti i kognitivnih sposobnosti, samoprocjena raspoloženja, prisutnost anksioznosti ili depresije te mogući problem s pamćenjem i koncentracijom, 3. socijalna interakcija: procjena socijalne interakcije obuhvaća osjećaj povezanosti s drugim ljudima, kvalitetu socijalnih odnosa i osjećaj socijalne podrške, društveni život, redovitost kontakta s obitelji i prijateljima te razina podrške koju dobivaju od svoje socijalne mreže, 4. svakodnevne aktivnosti: procjena sposobnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti, poput oblačenja, hranjenja, kupanja ili obavljanja kućanskih poslova, može pružiti uvid u funkcioniranje starijih osoba. Navedeni aspekti doprinose cjelovitom razumijevanju zdravstvenog statusa i dobrobiti starijih osoba iz njihove perspektive.

Ajduković i suradnici (2013) navode kako je kritični pokazatelj kvalitete života i zdravlja među starijim osobama funkcionalna sposobnost koja se najčešće smanjuje s povećanjem životne dobi osobe. Funkcionalna sposobnost definira se kao skup različitih

psiholoških, bioloških i socijalnih kapaciteta koji moraju biti objedinjeni da bi pojedinac mogao obavljati aktivnosti koje su neophodne za njegovo funkcioniranje. Za adekvatnu procjenu zdravlja osoba starije životne dobi, neophodno je ispitati i njihovu funkcionalnu sposobnost kao i subjektivnu procjenu vlastitog zdravlja jer su sve komponente zdravlja u interakciji (Egeljić-Mihailović i sur., 2020).

Nadalje, bol je ograničavajući faktor koji je usko povezan s kretanjem i kvalitetom života te općenito generalnim zdravljem kod osoba starije životne dobi (Lešić i sur., 2020). Peter (2015) također navodi kako je kvaliteta života izrazito narušena najčešće zbog boli koja je i uzrok smanjene pokretljivosti. U svom istraživanju, Lešić i suradnici (2020) ističu kako je na upitniku o zdravlju, koji je sadržavao informacije o uobičajenim aktivnostima, pokretljivosti, boli i nelagodi te tjeskobi i potištenosti prosječni rezultat bio nešto niži nakon vježbanja u odnosu na početno stanje, najznačajnija razlika dobivena je u dimenziji „bol i neugoda“, što pokazuje da vježbanje ima pozitivan efekt na smanjenje intenziteta boli. Nadalje, pokazalo se i kako tjelesna aktivnost ima pozitivan efekt na održavanje dobrih funkcionalnih sposobnosti, a time i na mogućnost što duljeg samostalnog života starijih osoba (Lepan i Leutar, 2012). Uz to, Ajduković i suradnici (2013) ispitivali su odnos depresivnosti, psihičkog i fizičkog zdravlja te funkcionalne sposobnosti kod pokretnih i nepokretnih osoba smještenih u domu za starije i nemoćne osobe te se pokazalo kako nepokretne starije osobe imaju lošiju izvedbu na svim promatranim varijablama. U istom se istraživanju također pokazalo da je socijalna podrška putem bliskih prijatelja zaštitni čimbenik za održavanje depresije u starijoj dobi.

U svom istraživanju Egeljić-Mihailović i suradnici (2020) pokazuju da postoje značajne statističke razlike u podljestvici zdravstvenog statusa u odnosu na to s kim ispitanici žive. Pa tako ispitanici koji su naveli da su bili u braku za vrijeme ispitivanja pokazuju bolju percepciju zdravstvenog statusa od ispitanika koji su naveli da su udovci ili udovice, time vidimo da i odnosi u okolini utječu na to kako će se manifestirati samoprocjena zdravstvenog statusa. Nadalje, Animasahun i Chapman (2017) u svome istraživanju navode da osobe koje svoje zdravlje procjenjuju boljim, a koje pokazuju očuvane funkcionalne sposobnosti u izvođenju svakodnevnih aktivnosti pokazuju i bolju kvalitetu života u starijoj dobi.

1.4. Socijalna podrška

Socijalna podrška kod starijih osoba ima ključnu ulogu u očuvanju njihovog emocionalnog, fizičkog i mentalnog blagostanja. Starenje može imati izazove i promjene u životnim okolnostima osoba, kao što su gubitak voljenih osoba i prijatelja, razni zdravstveni problemi, smanjena mobilnost i financijske poteškoće. Stoga, važno je da starije osobe imaju pristup mreži socijalne podrške kako bi se lakše nosili s navedenim izazovima. Važno je da starije osobe osjećaju podršku, povezanost i da su uključene u društvo.

Socijalna podrška može biti pružena na različite načine, a to su prema Awang i suradnicima (2014) 1. obiteljska podrška: obitelj igra važnu ulogu u pružanju podrške starijim osobama, može uključivati redoviti kontakt, pomoć u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, emocionalnu podršku i priliku za druženje, 2. prijatelji i susjedi: prijatelji i susjedi mogu pružiti socijalnu podršku, razgovor, pomoć u kućanskim poslovima ili primjerice vožnju do liječnika, redoviti kontakt s prijateljima i susjedima može pomoći u održavanju socijalne povezanosti, 3. volonteri: organizacije koje se bave pružanjem podrške starijim osobama često imaju volontere koji posjećuju starije odrasle osobe, pružajući društvo, pomoć u kućanskim poslovima ili podršku u obavljanju svakodnevnih zadataka, 4. grupne aktivnosti: grupne aktivnosti kao što su centri za starije osobe, klubovi i udruge mogu pružiti priliku za druženje, sudjelovanje u zajedničkim interesima i aktivnostima, te podršku u suočavanju s izazovima starenja, 5. profesionalna podrška: stručnjaci poput socijalnih radnika ili psihologa mogu pružiti podršku starijim osobama u različitim aspektima i izazovima njihovog života.

Socijalna podrška može pomoći u prevenciji depresije, osjećaja usamljenosti i smanjenja kvalitete života kod starijih osoba pa je potrebno promovirati svijest o važnosti socijalne podrške općenito (Repke i Ipsen, 2020). Stoga, pokazalo se da kvalitetna socijalna podrška predviđa ishode mentalnog zdravlja u kasnijem životu, uključujući smanjenje kognitivnog oštećenja i pozitivno blagostanje u starijoj dobi (Fratiglioni i sur., 2000; Okabayashi i sur., 2004). Melchior i suradnici (2003) također ističu da socijalni kontakt može pokazati pozitivne posljedice na zdravlje i mentalno funkcioniranje starijih osoba.

Stoga, valja sumirati prethodno i navesti da su brojna istraživanja pokazala da postoje dokazi o zaštitnom učinku komponenti socijalnog života na uspješno starenje (Fratiglioni i sur., 2004). Time se može istaknuti da podrška koja dolazi putem socijalnih interakcija i kontakata s drugim ljudima vjerojatno uključuje fiziološke procese koji su slični onima koji se povezuju s boljim zdravstvenim rezultatima kada postoji i veća socijalna podrška.

Nadalje, pokazalo se da viša razina socijalne podrške tijekom vremena dovodi do boljeg zdravlja (Cohen i Wills, 1985), a samim time bi isto utjecalo izravno ili neizravno na kognitivne ishode u starenju. Čimbenik koji utječe na fiziološke procese u različitim dobnim skupinama je najčešće podrška od bliskih osoba te bi konačan učinak takvih procesa mogao rezultirati sporijim biološkim starenjem pojedinca (Uchino i sur., 1996). Također, mnogi tvrde da mentalno angažirani i aktivni način života, zajedno s dobrim socijalnim odnosima s osobama u okolini tijekom cijelog života, a posebice u kasnijoj životnoj dobi, može pomoći u očuvanju kognitivnih sposobnosti osobe (Fatiglioni i sur., 2004; Gow i sur., 2007). Ali, postoji mogućnost manifestacije obrnute situacije tako da oni pojedinci koji pokazuju veću kognitivnu promjenu u starijoj dobi možda budu manje sposobni da održe socijalne kontakte i svoj društveni život na aktivnoj razini. Količina, veličina, složenost ili kvaliteta socijalnih odnosa su aspekti društvene mreže koji mogu pridonijeti psihološkom blagostanju pojedinca u starijoj dobi što je dobiveno i u istraživanju Okabayashia i suradnika (2004) na starijoj životnoj populaciji Japanaca gdje je povećana socijalna podrška iz različitih izvora bila povezana s poboljšanim blagostanjem. Također, kvaliteta društvenih odnosa presudna je i bitna za dobrobit osoba. Odustnost bliskih osoba koje pružaju podršku osobi često se očituje kroz usamljenost i povezuje se s negativnijim ishodima, uključujući i tjelesna oštećenja ili pak manjim zadovoljstvom životom (Bowling i sur., 1989). U svom istraživanju Antonucci i suradnici (2001) ističu da žene bez osobe od povjerenja uz sebe iskazuju veću razinu depresije i smanjeno zadovoljstvo životom općenito. Također, istraživanje Gow i suradnika (2007) pokazalo je da su osobe koje imaju supružnika ili dijete značajno zadovoljnije svojim životom. Dodatno, razina socijalne podrške koju osobe dobivaju od supružnika pokazuje najveću povezanost sa zadovoljstvom životom. Egeljić-Mihailović i suradnici (2020) navode da je brak jedna od primarnih izvora instrumentalne i emocionalne podrške.

Nadalje, istraživanja pokazuju da starije osobe koje su zadovoljne načinom življenja u domu i samom činjenicom da će svoju starost provesti u domu iskazuju veće zadovoljstvo svim pruženim uslugama. Valja navesti da mnogi istraživači ističu da dobra socijalna podrška i socijalni odnosi mogu biti važni za zadovoljstvo životom (Hellstrom i sur., 2004). Gow i suradnici (2007) u svome radu ističu kako osobe starije životne dobi koje žive same uslijed nedostatka socijalne podrške pokazuju manjak kognitivne stimulacije što rezultira lošijim ishodima mentalnog zdravlja. Promjene koje donosi proces starenja, kao što je primjerice odlazak u mirovinu, povećan rizik od bolesti, financijska ovisnost, funkcionalna nesposobnost starijih osoba, socijalna isključenost i gubitak bliskih osoba rezultiraju potrebom kod starijih

osoba za podrškom porodice i zajednice. Stoga, socijalna podrška kod osoba starije dobi značajno umanjuje doživljaj usamljenosti te isto tako potiče i veće zadovoljstvo životom (Egeljić-Mihailović i sur., 2020), a zadovoljstvo životom je bitan indikator kvalitete života. Međutim, najčešće su starije osobe te koje se suočavaju s više životnih prekretnica, a to su najčešće mirovina ili smrt bračnog partnera te time im se manifestira značajno manja razina socijalne podrške i veća razina usamljenosti što je posljedično povezano sa smanjenjem razine tjelesne aktivnosti u njihovoj dobi (Engberg i sur., 2012; Victor i sur., 2000)

1.5. Razina aktivnosti

Cilj je da proces starenja dovodi do što manje opadanja funkcionalnih sposobnosti kako bi pojedinci zadržali što veću kvalitetu života. Funkcionalna sposobnost podrazumijeva sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti koje osiguravaju primjereno kvalitetno življenje, a uključuje psihološko, biološko i socijalno funkcioniranje (Tomek-Roksandić, 1999). Također, funkcionalna sposobnost podrazumijeva i sposobnost koju bi pojedinac mogao koristiti kako bi nadoknadio opadanje drugih sposobnosti. Ajduković i suradnici (2013) u svome istraživanju na osobama starije dobi pokazuju da je funkcionalna sposobnost pokazatelj i čimbenik utjecaja na kvalitetu života i samog zdravlja u starosti.

Redovita aktivnost osnovni je element neovisnog i zdravog starenja, a pojedinci s većom razinom aktivnosti imaju manju vjerojatnost razvitka depresije, kao i simptoma fizičke nefunkcionalnosti (Marinović Glavić i sur., 2020). Jedna od aktivnosti je tjelesna aktivnost koja se definira kao bilo koji tjelesni pokret proizveden kontrakcijom skeletnih mišića, a rezultira potrošnjom energije te se najčešće svrstava u četiri domene: 1. tjelesnu aktivnost u slobodno vrijeme, 2. tjelesnu aktivnost vezanu uz održavanje kućanstva, 3. tjelesnu aktivnost vezanu uz transport i 4. tjelesnu aktivnost na poslu (Caspersen i sur., 1985). Kod osoba starije životne dobi, provođenje optimalne tjelesne aktivnosti od velike je važnosti te se time izbjegava progresivan tijek starenja, a posljedično čuva i unaprjeđuje zdravlje, što je i preduvjet za bolju kvalitetu života (Lešić i sur., 2020). Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), jedan od najvažnijih čimbenika zdravstvenog rizika je upravo niska razina tjelesne aktivnosti (Marinović Glavić i sur., 2020).

U svojem su istraživanju Marinović Glavić i suradnici (2020) dobili su podatak kako 63 % ispitanika gotovo nikada ili uopće nikada ne sudjeluje u aktivnostima koje zahtijevaju nisku

ili srednju razinu energije (primjerice vrtlarjenje, šetnja i slično), a kao prednosti provođenja tjelesne aktivnosti u starijoj dobi navode poboljšanje kvalitete života, smanjenje rizika od padova, sprječavanje osteoporoze i slično. Navedenim rezultatima u prilog idu i nalazi Lepana i Leutara (2012) pri čemu se pokazalo kako aktivno sudjelovanje starijih osoba u rekreativnim tjelesnim aktivnostima doprinosi boljem zadovoljstvu životom i procjenjivanjem svojih funkcionalnih sposobnosti boljima. Iako je u određenim istraživanjima, poput Parkera i suradnika (2008) dobiveno kako tjelesna aktivnost nije značajni prediktor zadovoljstva životom, većina istraživanja ide u prilog prethodno navedenim nalazima da je tjelesna aktivnost sastavni dio kvalitetnog i zdravog načina življenja u suvremenim uvjetima (Kinkela i sur., 2008), a kao što smo prethodno naveli kod osoba starije dobi ima značajne pozitivne efekte na kognitivno, emocionalno i tjelesno funkcioniranje osoba (Lepan i Leutar, 2012). Da je fizička aktivnost usko povezana s kvalitetom života u starijoj životnoj dobi slaže se i Yang (2004) koji ističe da osobe koje su više aktivne u starijoj dobi imaju manje simptoma depresije i usamljenosti.

Razlikujemo tri široka tipa sudjelovanja u društvenim i slobodnim aktivnostima: kroz neformalne mreže podrške odnosno društvena interakcija s poznatim ljudima kao što su obitelj, rođaci, prijatelji ili susjedi; formalne mreže odnosno sudjelovanje u formalnim grupama i organizacijama kao što je primjerice crkva te samotnjačke aktivnosti koje čovjek radi sam poput čitanja, gledanja televizije i razni drugi hobiji. Neformalna društvena aktivnost pokazuje veći efekt na dobrobit pojedinca u starijoj dobi za razliku od formalne ili samotnjačke aktivnosti (Lemon i sur., 1972; Longino i Kart, 1982). Osobe starije dobi koje su zdrave, svoje slobodno vrijeme najčešće provode u obliku bavljenja nekom aktivnosti kao što su posao i hobi (Milosavljević, 2011). Kada se starije osobe bave raznim aktivnostima one poboljšavaju njihovo zdravlje i osjećaj korisnosti u odnosu na obitelj i zajednicu (Ilić i Županić, 2014), a najčešće se misli na radnje vezane za obavljanje svakodnevnih aktivnosti kao što su: održavanje osobne higijene, rekreacija, kućanski poslovi i slično, a one s dobi sve više opadaju.

Angažirani životni stil općenito se smatra važnom komponentom uspješnog starenja. Stoga, mnoge starije osobe koje aktivno sudjeluju u društvenim i slobodnim aktivnostima izvješćuju o pozitivnom blagostanju, što je činjenica koja je potaknula izvornu teoriju aktivnosti o starenju. Prema Macionisu (2007) teorija aktivnosti starenja je pristup koji se uvelike oslanja na paradigmu simboličke interakcije gdje je ideja da visoka razina aktivnosti u starijoj dobi povećava osobno zadovoljstvo. Osnovne pretpostavke teorije sugeriraju kako se dobrobit starijih osoba može unaprijediti na dva načina: prvo, kroz veće sudjelovanje u društvenim i

slobodnim aktivnostima, te drugo, kroz prilagodbu uloga kada je to potrebno. Prema postavkama koje je predložio Havighurst (1961), teorija aktivnosti naglašava važnost aktivnog života kako bi se osiguralo zdravo i pozitivno starenje. To znači da što više starije osobe sudjeluju u različitim društvenim, kreativnim i intelektualnim aktivnostima to su veće šanse da će zadržati i višu kvalitetu života. Osim toga, teorija također predviđa da kada stariji ljudi dođu do trenutka kada više ne mogu obavljati određene uloge ili aktivnosti koje su nekoć činile, važno je da zamijene te uloge nekim drugim interesima. Ova prilagodba pomaže očuvanju osjećaja svrhe i angažiranosti, što zauzvrat može imati pozitivne efekte na mentalno i emocionalno blagostanje starijih osoba (Adams i sur., 2010).

Za razliku od bavljenja raznim aktivnostima koje pomažu u izgradnji društvenog identiteta, neangažiranost smanjuje zadovoljstvo i smisao života starijih ljudi. Ono što stariji trebaju, ukratko, nije da ih se izgura iz uloga već da im se pruži širok raspon produktivnih ili rekreacijskih aktivnosti. Razumijevanje važnosti takvih opcija postaje još istaknutije kad se analizira činjenica da starije osobe u prosjeku imaju deset sati više slobodnog vremena svaki tjedan nego što su imali prije dvadeset godina. Ovaj nalaz, koje su istraživači Robinson i suradnici (1997) pronašli u svom istraživanju je značajan pomak u raspodjeli osobnog vremena kod starijih osoba. Ovo dodatno naglašava važnost opcija koje se nude kako bi se to slobodno vrijeme ispunilo na način koji je koristan i ispunjavajući za pojedince u starijoj dobi. To također ukazuje na potrebu da se osmisle aktivnosti i mogućnosti koje podržavaju angažman i druženje. Sudjelovanje i uključivanje starijih osoba u različite aktivnosti između ostaloga daje im priliku komunicirati s drugim ljudima.

Zaključno, važno je prilagoditi aktivnosti individualnim mogućnostima, interesima i željama starijih osoba. Poticanje njihove autonomije i davanje mogućnosti za odabir pomaže u održavanju visoke razine aktivnosti i kvalitete života.

1.6. Kvaliteta života

Kvalitetu života nemoguće je jednoznačno definirati jer do danas postoji velik broj različitih definicija koje se razlikuju ovisno o perspektivi istraživača. Jednu od definicija nudi Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) pri čemu se navodi da kvaliteta života podrazumijeva percepciju vlastite životne stvarnosti pojedinca, uzimajući u obzir očekivanja, vlastite ciljeve i standarde, u kontekstu kulturalnih i vrijednosnih sustava u kojima netko živi (Group, 1998).

Također, kvalitetu života možemo definirati kao subjektivno doživljavanje vlastitog života koje je određeno karakteristikama ličnosti pojedinca i objektivnim okolnostima, koje imaju važnu ulogu u doživljavanju života (Krizmanić i Kolesarić, 1989). Kada govorimo o efektu na kvalitetu života općenito najviše doprinose objektivne okolnosti koje se odnose na društveni, ekonomski i politički kontekst te subjektivne okolnosti koje procjenjuju osobni razvoj, svrhovitost i općenito subjektivnu procjenu emocionalnog, fizičkog, ekonomskog i socijalnog blagostanja.

Važno je razlikovati kvalitetu života općenito (eng. *quality of life*) od kvalitete života povezane sa zdravljem (eng. *health related quality of life*), pri čemu se u procjeni ne moraju (ali i mogu) uključiti obje domene gdje dvije osobe mogu imati isto zdravstveno stanje, ali potpuno različitu kvalitetu života. Primjerice, osoba s kroničnim zdravstvenim stanjem može se osjećati zadovoljno i ispunjeno svojim životom unatoč izazovima koje joj zdravstveno stanje može predstavljati. S druge strane, druga osoba s istim zdravstvenim stanjem može se suočavati s teškoćama i osjećati se loše u različitim aspektima života (Egeljić-Mihailović i sur., 2020). Ove su dvije koncepcije slične, ali se razlikuju u svojim definicijama i obuhvatu. Kvaliteta života (eng. *Quality of Life*) obuhvaća širi aspekt doživljaja i ocjene ukupnog stanja i zadovoljstva pojedinca u životu. Ona uzima u obzir različite domene života, uključujući socijalne odnose, fizičko zdravlje, emocionalno stanje, ekonomsku sigurnost, okolinu i druge faktore. Ova procjena temelji se na subjektivnom doživljaju osobe te se može razlikovati među pojedincima čak i ako imaju slične zdravstvene uvjete dok kvaliteta života povezana sa zdravljem (eng. *Health-Related Quality of Life*) fokusira se na to kako zdravstveno stanje ima efekta na kvalitetu života. Ona se odnosi na procjenu kako tjelesne i mentalne bolesti, ozljede ili zdravstveni problemi imaju efekta na različite aspekte života pojedinca, uključujući emocionalno blagostanje, fizičko funkcioniranje, socijalne interakcije i svakodnevne aktivnosti.

Isto tako, važno je razlikovati zadovoljstvo životom općenito i kvalitetu života kao širi koncept od toga. Klarin i Telebar (2019) tako navode da možemo definirati zadovoljstvo životom kao psihološku dobrobit ili kao zadovoljstvo cjelokupnim životom. Taj koncept najčešće se koristi kao indeks psihološke dobrobiti kod starijih osoba. Drugi istraživači (Klarin i Telebar, 2019) pak konceptualiziraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje života, koje je određeno objektivnim okolnostima i karakteristikama ličnosti osobe koje utječu na doživljavanje realnosti te specifičnim iskustvom u životu. Prema tome, Klarin i Telebar (2019) zaključuju kako, iako postoje sličnosti između navedenih određenja zadovoljstva životom i kvalitete života, zadovoljstvo životom može se smatrati indikatorom kvalitete života. Kvaliteta

života obuhvaća širok spektar faktora koji utječu na doživljaj života, a zadovoljstvo životom predstavlja samo jedan aspekt tog šireg pojma.

Jedna od klasifikacija područja kvalitete života osoba starije životne dobi uključuje potrebe za druženjem, financijske potrebe, zdravstvene potrebe, potrebe za aktivnostima i usamljenost (Mužinić i Žitnik, 2007). Do sada se pokazalo da najveći rizik od siromaštva imaju starije osobe: umirovljenici, nezaposlene osobe te osobe s nižim stupnjem obrazovanja. Od starijih osoba, umirovljenici su financijski najugroženiji, a isto tako i osobe bez mirovinskih primanja, s posebnim naglaskom na muškarce koji žive sami. Također, do sada se pokazalo da pozitivniju procjenu kvalitete života imaju starije osobe koje pozitivno procjenjuju svoj financijski status (Egeljić-Mihailović i sur., 2000). Poznato je da su loš socijalni i financijski status te fizička neaktivnost jedni od vodećih faktora zdravstvenog rizika koji imaju efekt na kvalitetu života starijih osoba i uzrok su narušenog blagostanja što posljedično dovodi do nastanka mnogobrojnih zdravstvenih problema, a to sve u velikoj mjeri se negativno odražava na objektivno i subjektivno zdravlje starijih osoba (Egeljić-Mihailović i sur., 2020).

Fizičko zdravlje igra važnu ulogu u određivanju kvalitete života starijih osoba jer kako tijelo stari, može se pojaviti niz fizičkih promjena i zdravstvenih problema kao što je smanjena pokretljivost, kronične bolesti i primjerice gubitak osjetila (Maček i sur., 2016). Međutim, održavanje dobrog zdravlja kroz redovitu tjelesnu aktivnost i pravilnu prehranu može dovesti do poboljšanja kvalitete života.

Prema Argyriadou i suradnicima (2001) mentalno blagostanje također ima veliki efekt na kvalitetu života starijih osoba gdje se pokazuje da depresija, tjeskoba i demencija su neki od uobičajenih mentalnih problema koji se mogu pojaviti u starijoj dobi. Stoga, važno je pridavati pažnju mentalnom zdravlju, održavati društvene aktivnosti, družiti se s obitelji i prijateljima, sudjelovati u intelektualnim izazovima te tražiti potporu stručnjaka ako je ona potrebna.

Istraživanje Žganec i suradnika (2007) je pokazalo da na kvalitetu života osoba starije životne dobi nema efekta samo pružena zdravstvena zaštita već i kvalitetna socijalna zaštita odnosno podrška u okolini. Pa tako, primjerice, osobe lošijeg zdravstvenog statusa su najčešće manje aktivne, socijalno izolirane i imaju nižu kvalitetu života.

Lovreković i Leutar (2010) promatraju zadovoljstvo životom kao mjeru kvalitete života, definirajući ga kao pozitivnu procjenu svoga života. Samim time, pokazalo se da komponente kvalitete života su psihološka, fizička i socijalno individualna percepcija položaja same osobe u društvenom životu koji utječe na kvalitetu života kod osoba starije životne dobi. Navedeno znači da se kvaliteta života sastoji ne samo od fizičkog zdravlja i emocionalnog stanja, već i od

načina na koji svaka osoba vidi sebe i svoje odnose unutar društva. Socijalna individualna percepcija igra ključnu ulogu u oblikovanju osjećaja zadovoljstva i opće dobrobiti (Egeljić-Mihailović i sur., 2020).

Važno je napomenuti da rezultati istraživanja mogu varirati ovisno o kulturnim i društvenim kontekstima, kao i individualnim razlikama pa razumijevanje navedenih čimbenika pomaže u pružanju socijalne podrške i intervencija za poboljšanje kvalitete života starijih osoba.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Postavlja se pitanje kako produjiti funkcionalnu sposobnost starijih osoba odnosno omogućiti da pojedinac što dulje bude aktivan u svojoj okolini te time posljedično imati i bolju kvalitetu života. Temeljem dosadašnjih spoznaja provedeno je istraživanje u kojem nas je zanimalo ispitati odnos kvalitete života kod starijih osoba s obzirom na procjenu zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti. Odnosno, ispitati postoji li povezanost percepcije zdravstvenog statusa i kvalitete života, percipirane socijalne podrške i kvalitete života, razine aktivnosti i kvalitete života te naposljetku, u kojoj mjeri zdravstveni status, socijalna podrška i razina aktivnosti predviđaju i doprinose kvaliteti života kod osoba starije životne dobi.

3. PROBLEMI ISTRAŽIVANJA

1. Ispitati postoji li povezanost percepcije zdravstvenog statusa i kvalitete života osoba starije životne dobi.
2. Ispitati postoji li povezanost percipirane socijalne podrške i kvalitete života osoba starije životne dobi.
3. Ispitati postoji li povezanost razine aktivnosti i kvalitete života osoba starije životne dobi.
4. Ispitati u kojoj mjeri samoprocjena zdravstvenog statusa, socijalna podrška i razina aktivnosti predviđaju kvalitetu života osoba starije dobi, uz kontrolu dobi i spola.

4. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

H1 - Očekuje se pozitivna povezanost percepcije zdravstvenog statusa i kvalitete života osoba starije životne dobi, pri čemu će ispitanici koji procjenjuju svoje zdravstveno stanje boljim imati višu kvalitetu života u odnosu na one s nižom procjenom svog zdravstvenog stanja.

H2 - Očekuje se pozitivna povezanost percipirane socijalne podrške i kvalitete života osoba starije životne dobi, pri čemu će ispitanici s višom razinom percipirane socijalne podrške imati i višu kvalitetu života u odnosu na one s nižom razinom percipirane socijalne podrške.

H3 - Očekuje se pozitivna povezanost razine aktivnosti i kvalitete života osoba starije životne dobi, pri čemu će aktivniji pojedinci imati višu kvalitetu života u odnosu na neaktivne pojedince.

H4 - Očekuje se da će bolja procjena zdravstvenog statusa, viši rezultat na upitniku percipirane socijalne podrške i viša razina aktivnosti kod osoba starije životne dobi biti pozitivno povezani s kvalitetom života.

5. METODA

5.1. Sudionici

U ovom istraživanju sudjelovao je prigodni uzorak osoba starije životne dobi ($N = 193$). Kriterij za uključivanje u istraživanje bila je starost ispitanika te su ispitane osobe starije od 60 godina. Od ukupnog broja ispitanika, 59 čine muškarci, a 134 čine žene, prosječna dob ispitanika je 75 godina, u rasponu od 60 do 99 godina ($M = 75$, $SD = 8.55$). U istraživanju su sudjelovale starije osobe s područja Istarske županije, Primorsko-goranske županije i Osječke županije. Najviše ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju nastanjeni su na području Istarske županije i to 90 ispitanika (47 %), zatim na području Primorsko-goranske županije u ukupnom broju od 79 starijih osoba (41 %) te na području Osijeka u ukupnom broju od 24 (13 %) starijih osoba. Većina ispitanih osoba, njih 154 (80 %) živi u vlastitom domu (kuća, stan) dok njih 39 (20 %) živi u domu za starije osobe. Od ispitanika koji su naveli da žive u vlastitom domu 84 (44 %) njih živi s bračnim partnerom, 65 (34 %) osoba žive sami dok 13 (7 %) osoba živi s

djecom. Njih 74 (39%) navodi da su članovi neke udruge ili kluba za starije osobe, suprotno tome 119 (62 %) ispitanika nije član nikakve udruge ili kluba za starije osobe. Završenu srednju školu ima 92 (48 %) ispitanika dok čak 38 (20 %) ispitanika ima završeno fakultetsko obrazovanje, 60 (32 %) ispitanika završilo je osnovnu školu, a 3 (2 %) ispitanika nema završenu školu.

5.2. Mjerni instrumenti

U ovom su radu korišteni upitnici koji su pripremljeni u okviru projekta „Aktivni u mirovini“. Na početnoj stranici upitnika bila je uputa za sudionike gdje je opisan postupak ispunjavanja upitnika i svrha istraživanja. U istraživanju su korištena četiri upitnika: Upitnik o čestini bavljenja različitim aktivnostima, Upitnik o zdravstvenim problemima, Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške te Upitnik o kvaliteti života.

Pitanja o demografskim podacima ispitanika

Prvi dio upitnika sadrži niz pitanja s ciljem da se utvrdi demografski i socio-ekonomski status ispitanika, a odnosi se na podatke o spolu, dobi, mjestu prebivališta, školskoj spremi, zanimanju, bračnom statusu, broju djece, broju članova kućanstva- s kime osoba živi te da li je ispitanik član neke udruge ili kluba starijih osoba. Pitanja su sastavljena tako da ispitanik bira ponuđeni odgovor ili dopisuje nešto drugo.

Upitnik o čestini bavljenja različitim aktivnostima

Za potrebe istraživanja korišten je Upitnik o čestini bavljenja različitim aktivnostima (Smojver-Ažić, 2018). Navedene su različite aktivnosti među kojima su i neke koje su posebno organizirane za umirovljenike te koliko se često oni bave navedenim aktivnostima. Tako neke od aktivnosti koje su navedene u upitniku su: „šetam, obrađujem vrt, čitam, slušam radio, rekreativno vježbam, slušam predavanja, bavim se umjetničkim radom, brinem o članu obitelji“ itd. Ispitanici su morali odgovarati koliko često se bave navedenom aktivnosti na skali od 1 do 5 gdje 1 znači "nikada", a 5 "svakodnevno". Navedena je 21 aktivnost te na zadnju aktivnost ispitanik je mogao sam nadopisati čime se najčešće bavi. Navedene čestice vezane su za aktivnosti u slobodno vrijeme, aktivnost vezanu uz održavanje kućanstva te aktivnosti vezane uz transport.

Za provjeru faktorske strukture upitnika korištena je metoda glavnih osi uz kosokutnu rotaciju te je dobivena dvofaktorska struktura gdje su se čestice upitnika podijelile u dvije podljestvice, slobodne aktivnosti, vezane za osobnu dobrobit (podljestvica aktivnost 1) i uobičajene aktivnosti vezane za brigu i skrb (podljestvica aktivnost 2). Kao metoda ekstrakcije odabran je Kaiser-Guttmanov kriterij prema kojemu se odabire onaj broj faktora koji pokazuje vrijednost karakterističnog korijena iznad 1. Čestice skale aktivnosti koje su korištene u ovom istraživanju, kao i njihova zasićenja na faktorima prikazane su u Tablici 1.

Tablica 1. Zasićenja i komunaliteti skale aktivnosti kod osoba starije životne dobi

Čestica	Aktivnost1	Aktivnost2	h^2
1. Odlazim u klub umirovljenika/ neki drugi klub	.75		.55
2. Slušam predavanja za građanstvo	.74		.53
3. Posjećujem kino, kazalište, koncerte	.71		.52
4. Idem na tečaje ili radionice (npr. informatika, strani jezik, umjetničke radionice i sl.)	.68		.45
5. Volontiram	.58		.38
6. Rekreativno vježbam, bavim se sportom	.57		.32
7. Idem na organizirane izlete	.55		.30
8. Sudjelujem u edukacijama Sveučilišta za treću dob	.54		.28
9. Koristim kompjutor	.43		.32
10. Bavim se umjetničkim radom	.43		.22
11. Slušam radio	.42		.25
12. Planinarim	.39		.15
13. Čitam	.36		.19
14. Šetam	.27		.07
15. Obrađujem vrt, uzgajam cvijeće		.76	.56
16. Čuvam unuke		.75	.56
17. Brinem o kućnom ljubimcu/ domaćim životinjama		.70	.50
18. Brinem o članu obitelji		.57	.34
19. Bavim se ručnim radom (šivanje, pletenje)		.45	.32
20. Idem u crkvu		.37	.13
21. Gledam TV program		.27	.10
Eigen vrijednosti	4.45	2.72	

Legenda: podljestvica aktivnost 1, podljestvica aktivnost 2, h^2 - komunalitet

Iz Tablice 1. vidljivo je da su se u slobodne aktivnosti, vezane za osobnu dobrobit podijelile (aktivnost 1) 14 čestica (primjerice: „odlazim u klub umirovljenika; slušam predavanja za građanstvo; posjećujem kino, kazalište, koncerte; idem na tečaje ili radionice; volontiram; šetam, čitam, slušam radio“) dok su uobičajene aktivnosti vezane za brigu i skrb

(aktivnost 2) uključivale 7 čestica od koji su neke primjerice: „obrađujem vrt/ uzgajam cvijeće, brinem o kućnom ljubimcu/ domaćim životinjama, brinem o članu obitelji, bavim se ručnim radom, gledam TV program“ itd.

Također, izračunat je koeficijent pouzdanosti varijabli za svaku podljestvicu posebno, za podljestvicu aktivnosti 1 dobiven je koeficijent pouzdanosti od $\alpha = .77$ što nam govori da je pouzdanost ove mjere zadovoljavajuća. S druge strane, koeficijent pouzdanosti za podljestvicu aktivnost 2 iznosio je $\alpha = .68$ što također pokazuje zadovoljavajuću pouzdanost.

Upitnik o zdravstvenim problemima

Za procjenu kvalitete života putem samoprocjene zdravstvenog statusa korišten je Upitnik o zdravstvenim problemima, EQ-5D-5L (eng. *The five-level EuroQol five-dimensional questionnaire*) kojeg je konstruirala grupa „EuroQol Group“ (2009; prema Lešić i sur., 2020). Za potrebe istraživanja koristio se prijevod navedenog upitnika na hrvatski jezik (Lešić i sur., 2020). EQ-5D-5L upitnik o zdravstvenim problemima sastoji se od 2 dijela: EQ-5D-5L deskriptivni sustav i EQ vizualne analogne ljestvice (EQ VAS).

Deskriptivni sustav upitnika EQ-5D-5L se sastoji od pet čestica koje ispituju određeni vid zdravstvenog stanja osobe tog dana kad se ispunjava upitnik. Upitnik o zdravstvenim problemima, EQ-5D-5L obuhvaća pet domena čije se tvrdnje odnose na procjenu problema u pokretljivosti, brige o sebi, procjene uobičajenih aktivnosti (posao, kućanski poslovi, aktivnosti u obitelji i slobodno vrijeme), procjene boli ili nelagode te procjene tjeskobe i potištenosti. Svako to područje ima pet tvrdnji ili razina od kojih ispitanik označava tvrdnju koja se odnosi na njegovo zdravstveno stanje danas - bez problema, blagi problemi, umjereni problemi, ozbiljni problemi i ekstremni problemi, primjer čestica: „Nemam problema s npr. pokretljivosti“, „Imam neznatnih problema“, „Imam umjerenih problema“, „Imam velikih problema“ i „Ne mogu se samostalno kretati“. Ukupan rezultat je zbroj odgovora na ovih 5 čestica. Koeficijent pouzdanosti ovog upitnika iznosi $\alpha = .81$ što znači da je ovaj mjerni instrument pouzdan za mjerenje percepcije zdravstvenog statusa.

Drugi dio upitnika sastoji se od bilježenja ispitanikovog samoprocijenjenog zdravlja na dan ispunjavanja gdje se treba na vizualnoj analognoj ljestvici zdravlja (EQ VAS) križićem označiti vrijednost od 0 do 100, te u kućicu upisati označeni broj. Na istoimenoj skali 0 označava: „Najgore zdravlje koje možete zamisliti“, a 100 označava: „Najbolje zdravlje koje možete zamisliti“.

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške

Multidimenzionalna skala percipirane socijalne podrške (eng. *Multidimensional Scale of Perceived Social Support*) konstruirana je od strane Zimeta i suradnika (1988) - MSPSS. Za potrebe istraživanja koristili smo prijevod skale na hrvatski jezik (Katilović, 2017). Originalna skala se sastoji od 12 tvrdnji kojima se mjeri percipirana socijalna podrška obitelji, prijatelja i drugih osoba. Primjeri čestica skale su: „Mogu razgovarati o svojim problemima sa svojom obitelji“, „Kada stvari krenu loše, mogu računati na svoje prijatelje“, „Moja porodica mi rado pomaže da donesem odluke“, „Postoji voljena osoba koja je tu kada mi je teško“ itd. Svakom izvoru socijalne podrške (obitelj, prijatelji i značajne druge osobe) namijenjene su po četiri čestice odnosno tvrdnje. Za potrebe našeg istraživanja izbacili smo 4 čestice iz originalne skale koje se odnose na podljestvicu „Značajne druge osobe“ jer se radi o populaciji starije dobi gdje većina istraživanja pokazuje da je primarni izvor socijalne podrške osobama starije dobi obitelj (supružnici, djeca, braće i sestre) i prijatelji (susjedi) (Berk, 2008). U originalnoj skali na ljestvici od 1 („Uopće se ne slažem s tvrdnjom“) do 7 („U potpunosti se slažem s tvrdnjom“) treba označiti stupanj slaganja sa svakom tvrdnjom. Bodovanje se vrši zbrajanjem, a viši rezultat označava viši nivo percipirane socijalne podrške. Za potrebe ovog istraživanja pošto su ispitanici starije osobe pojednostavili smo skalu ljestvice na 1 do 4 gdje 1 znači „uopće se ne slažem“, 2- „ne slažem se“, 3- „slažem se“, 4- „potpuno se slažem“ te 0- „ne mogu procijeniti“. Odgovori ispitanika koji nisu mogli procijeniti slažu li se ili ne slažu s određenom tvrdnjom na upitniku nisu uključeni u rezultate jer nam taj podatak nije bio relevantan za istraživanje.

U originalnoj skali za podljestvice „Obitelj“ i „Prijatelji“ vrijednosti za pouzdanost su $\alpha = .87$ i $\alpha = .85$ dok je pouzdanost ukupne ljestvice bila je $\alpha = .88$. Ove vrijednosti ukazuju na zadovoljavajuć koeficijent pouzdanosti za ljestvicu u cjelini. Za potrebe ovog istraživanja korišten je ukupni zbroj odgovora za dvije podljestvice (podršku obitelji i prijatelja). Stoga, koeficijent pouzdanosti modificiranog upitnika iznosi $\alpha = .87$ što znači da je ovaj mjerni instrument pouzdan za mjerenje socijalne podrške kod osoba starije životne dobi.

Upitnik o kvaliteti života

Kratka forma upitnika o kvaliteti života Q-LES-Q – SF (eng. *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form*) razvijen je iz izvornog, dugog oblika mjernog instrumenta, koji u potpunosti predstavlja njegov koncept, a autori ove mjere su Endicott i

suradnici (1993). Za potrebe istraživanja koristio se prijevod skale na hrvatski jezik (Tačković, 2021). Q-LES-Q-SF upitnik je upotrijebljen za ispitivanje kvalitete života i zadovoljstva životom kod osoba starije dobi. Q-LES-Q-SF je upitnik samoprocjene i sadrži 16 čestica. Njime se procjenjuje cjelokupni užitak, zadovoljstvo tjelesnim zdravljem, raspoloženjem, poslom, kućanskim i slobodnim aktivnostima, društvenim i obiteljskim odnosima, svakodnevnim funkcioniranjem, seksualnim životom, ekonomskim statusom, općom dobrobiti i lijekovima. Ispitanici su na tvrdnje odgovarali brojevima od 1 do 5, ovisno o stupnju zadovoljstva, gdje 1 znači da je ispitanik jako nezadovoljan, 2 - nezadovoljan, 3 - ni zadovoljan ni nezadovoljan, 4 - zadovoljan te 5 - jako zadovoljan. Više procjene upućuju na višu kvalitetu života. Bodovanje Q-LES-Q-SF upitnika uključuje zbrajanje samo prvih 14 čestica kako bi se dobio ukupni rezultat (Endicott i sur., 1993). Ukupni rezultat na upitniku kreće se od 14 do 70. Koeficijent pouzdanosti upitnika kvalitete života iznosi $\alpha = .89$ što znači da je i ovaj mjerni instrument pouzdan za mjerenje kvalitete života.

5.3. Postupak istraživanja

Diplomski rad bio je dio projekta „Aktivni u mirovini” koji je udruga Ri Rock provodila u partnerstvu s Maticom umirovljenika grada Rijeke. Unutar projekta provodilo se stručno istraživanje socijalnih potreba i programa za podizanje svijesti o položaju umirovljenika grada Rijeke i okolice u suradnji s Odsjekom za psihologiju Filozofskoga fakulteta u Rijeci. Korišten je prigodni uzorak osoba starijih od 60 godina. U sklopu projekta istraživanje se provodilo u gradu Rijeci, u udrugama i klubovima za stariju dob, na području Istarske županije u raznim gradovima, u kućanstvima poznatih starijih osoba te u domovima za stariju dob u Istri i u Osijeku. U primjenu upitnika bili su uključeni studenti psihologije. Ispitanici koji su sudjelovali u istraživanju ispitani su pod njihovom privolom, u vlastitom domu ili domu za starije osobe dok je dio ispitanika ispitan u klubovima umirovljenika.

Svaki ispitanik je dobio skup anketnih upitnika koje je bilo potrebno ispuniti uz prethodno kratko objašnjenje o načinu odgovaranja i uz pristanak ispitanika na ispunjavanje upitnika. Ispunjavanje upitnika bilo je anonimno i bez vremenskog ograničenja pri odgovaranju. Sudionici istraživanja bili su upoznati s prirodom istraživanja, anonimnosti njihovih odgovora te mogućnosti da ako žele odustanu od sudjelovanja u istraživanju. Svakom ispitaniku je omogućena pomoć u ispunjavanju upitnika, ako je ona bila potrebna.

6. REZULTATI

U nastavku rada prikazani su rezultati provedenih analiza korištenih mjernih instrumenata. Kao početni dio rezultata prikazani su osnovni deskriptivni pokazatelji (broj čestica, aritmetička sredina, standardna devijacija, raspon rezultata, simetričnost, kurtoza i Kolmogorov-Smirnov test) korištenih mjera u istraživanju. Kao jedna od najvažnijih deskriptivnih pokazatelja i uvjeta za daljnje statističke analize je i pouzdanost korištenih mjera koja je izražena pomoću Cronbach alfa koeficijenta pouzdanosti. U daljnjem nastavku postupka prikazani će biti Pearsonovi koeficijenti korelacije te zaključno, prikazani će biti koraci u statističkom postupku hijerarhijske regresijske analize pomoću koje će se ispitati glavni doprinos u kvaliteti života kao kriterija pomoću prediktora: samoprocjena zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti.

6.1. Deskriptivni pokazatelji

Svi prikupljeni podaci analizirani su pomoću programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Za početak, izračunati su deskriptivni podaci za svaku od skala (Tablica 2).

Tablica 2. Deskriptivni parametri i pouzdanosti ispitanih varijabli

Naziv varijable	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min-Max	SKW	KTS	K-S	α
Ljestvica zdravlja	1	66.81	21.67	0-100	-.76	0.42	2.55**	/
Ukupna mjera o zdravstvenim problemima-zdravlje kompozit	25	1.68	0.66	1-3.80	1.04	0.52	2.43**	.81
Kvaliteta života	14	47.66	8.52	14-65	-.38	.66	.64	.89
Skala socijalne podrške	8	25.45	6.62	0-32	-1.41	2.25	2.19**	.87
Aktivnost 1	14	29.50	8.29	14-56	.38	-.35	1.28	.77
Aktivnost 2	7	18.30	6.05	7-33	.41	-.76	1.61*	.68

Legenda: broj čestica (*k*); aritmetička sredina (*M*); standardna devijacija (*SD*); raspon rezultata (Min-Max); simetričnost distribucije (SKW); spljoštenost distribucije (KTS); Kolmogorov-Smirnov test (K-S), Cronbachov alfa koeficijent pouzdanosti (α); ** $p < .01$, * $p < .05$

Iz Tablice 2. može se iščitati kako se prosječni odgovori ispitanika kreću oko viših vrijednosti skala procjene. Kolmogorov-Smirnov test EQ-5D-5L upitnika o zdravstvenim problemima, EQ-5D-5L ljestvice zdravlja koje mjere percepciju zdravstvenog statusa te multidimenzionalne skale socijalne podrške ukazuje na odstupanje od normalne distribucije, stoga je odlučeno da će se u obzir uzeti vrijednosti simetričnosti i spljoštenosti. Kline (2005) smatra da se distribucija može smatrati normalnom ako se vrijednost simetričnosti varijabli nalazi između -3 i 3. Stoga, prema njegovom kriteriju sve se varijable u Tablici 2. mogu smatrati normalno distribuiranima te se iz tog razloga može provesti parametrijska statistika. Pouzdanost korištenih mjera i podljestvica je zadovoljavajuća. Pouzdanost podljestvice aktivnost 2 ($\alpha = .68$) je jedina mjera koja ima pouzdanost nižu od granične vrijednosti ($\alpha = .70$).

S ciljem provjere u kojim aktivnostima ispitanici najviše sudjeluju izračunati su postoci učestalosti sudjelovanja ispitanika u istraživanju koji su ispitani upitnikom o čestini bavljenja različitim aktivnostima te su oni prikazani u Tablici 3.

Tablica 3. *Učestalost sudjelovanja ispitanika u različitim aktivnostima (u postocima)*

	1-Nikada	2- Jednom/dva put godišnje	3-Par puta mjesečno	4-Par puta tjedno	5-Svakodnevno
Šetam	10.0	4.7	13.2	23.7	48.4
Obradujem vrt; uzgajam cvijeće	38.8	6.4	1.6	15.4	37.8
Čitam	20.1	99.0	13.8	16.4	40.7
Slušam radio	19.6	4.8	10.1	10.6	55.0
Gledam TV program	4.7	1.6	3.6	5.7	84.5
Koristim kompjutor, pretražujem Internet	45.2	4.8	1.6	8.5	39.9
Čuvam unuke	62.8	6.4	9.6	9.0	12.2
Bavim se ručnim radom (šivanje, pletenje...)	67.0	8.0	15.4	4.8	4.8
Bavim se umjetničkim radom	83.0	3.2	5.3	4.8	3.7
Brinem o članu obitelji	70.2	2.7	3.2	0.5	23.4
Brinem o kućnom ljubimcu/ domaćim životinjama	59.0	2.1	1.1	4.8	33.0
Posjećujem kino, kazalište, koncerte	62.8	29.3	6.9	1.1	0
Idem u crkvu	31.6	30.0	24.2	10.0	4.2
Rekreativno vježbam, bavim se sportom	49.5	8.5	10.6	17.6	13.8
Planinarim	85.6	9.0	3.7	0.5	1.1
Volontiram	24.1	5.3	4.2	5.3	1.1
Odlazim u klub umirovljenika/ neki drugi klub	63.8	2.1	10.1	18.1	5.9
Idem na organizirane izlete	54.8	35.1	5.3	2.1	2.7
Slušam predavanja za građanstvo	70.9	21.2	7.4	0.5	0

Idem na tečaje ili radionice (npr. informatika, strani jezik, umjetničke radionice i sl.)	81.4	12.2	3.2	2.7	0.5
Sudjelujem u edukacijama Sveučilišta za treću dob	91.0	5.3	0.5	1.6	1.6

Iz Tablice 3. vidljivo je da među najvećim postotcima u čestini bavljenja aktivnostima izdvaja se „gledam TV program“ gdje ispitanici čak 84.5 % tu aktivnost obavljaju svakodnevno. U svakodnevnoj učestalosti izdvaja se i aktivnost „šetam“ gdje ispitanici 48 % tu aktivnost obavljaju svakodnevno, 55 % ispitanika svakodnevno sluša i radio. U aktivnostima vezanim za edukaciju Sveučilišta za treću dob 91 % ispitanika nikada ne sudjeluje. Među najmanjim postotcima u čestini bavljenja aktivnostima izdvaja se aktivnost „Posjećujem kino, kazalište i koncerte“ i „Slušam predavanja za građanstvo“ gdje nitko od ispitanika ne označava da sudjeluje u toj aktivnosti svakodnevno. Stoga, prema tablici je vidljivo da većina ispitanika više sudjeluje u aktivnostima vezanim za kućanstvo i svakodnevne aktivnosti („Obradujem vrt/uzgajam cvijeće“, „Šetam“, „Gledam TV program“, „Brinem o kućnom ljubimcu/domaćim životinjama“).

6.2. Korelacije među varijablama

S ciljem provjere povezanosti među varijablama izračunat je Pearsonov koeficijent korelacije između varijable aktivnosti odnosno njezinih dviju podljestvica, samoprocjene zdravstvenog statusa, percipirane socijalne podrške i kvalitete života te demografskih varijabli poput spola i dobi. Dobivene vrijednosti prikazane su u Tablici 4.

Tablica 4. Koeficijenti korelacije između aktivnosti, samoprocjene zdravstvenog statusa i percipirane socijalne podrške na kvalitetu života

	Dob	Ljestvica zdravlja	Mjera zdravstvenih problema kompozit	Socijalna podrška_ukupno	Aktivnost 1	Aktivnost 2	Kvaliteta života
1.Spol	-.05	-.08	.22**	.05	.14	.18*	-.03
2.Dob		-.19**	.33**	-.20**	-.15*	-.44**	-.18*
3.Ljestvica zdravlja			-.65**	.06	.25**	.20**	.51**
4.Mjera zdravstvenih problema-kompozit				-.24**	-.31**	-.17*	-.65**
5.Socijalna podrška_ukupno					.13	.30**	.34**
6.Aktivnost 1						.15*	.33**
7.Aktivnost 2							.24**
8.Kvaliteta života							

Legenda: Spol (1 = muškarac 2 = žena,) * $p < .05$, ** $p < .01$

Iz Tablice 4. vidljivo je da oni ispitanici koji pokazuju veće zadovoljstvo svojim zdravstvenim statusom na ljestvici zdravlja pokazuju i veće zadovoljstvo životom općenito odnosno pokazuju veću kvalitetu života. Ljestvica zdravlja značajno je negativno povezana s upitnikom o zdravstvenim problemima odnosno oni ispitanici koji pokazuju viši rezultat na ljestvici zdravlja pokazuju niži rezultat na mjeri ukupnog zdravlja što znači da ispitanici nemaju zdravstvene probleme. Samoprocjena zdravstvenog statusa putem ljestvice zdravlja nije statistički značajno povezana s varijablom socijalne podrške. Nadalje, oni ispitanici koji svoje trenutno zdravlje na ljestvici zdravlja označavaju boljim pokazuju i veću aktivnost na obje podljestvice aktivnosti.

Zdravlje kao kompozit, mjereno EQ-5D-5L upitnikom o zdravstvenim problemima negativno je i statistički značajno povezan sa svim ispitanim varijablama. Oni ispitanici koji imaju manje zdravstvenih problema doživljavaju veću percepciju socijalne podrške i veću uključenost u aktivnosti.

Kvaliteta života koja je ispitivana putem Q-LES-Q SF mjere pozitivno je i značajno povezana sa svim ispitivanim varijablama. Ukratko, oni ispitanici koji procjenjuju svoj život kvalitetnijim pokazuju i bolju procjenu svoga zdravstvenog statusa odnosno pokazuju manje

zdravstvenih problema mjerenih putem EQ-5D-5L upitnika o zdravstvenim problemima ili putem EQ-5D-5L ljestvice zdravlja, također, pokazuju i veću percipiranu socijalnu podršku i aktivnost u obje podljestvice.

Percipirana socijalna podrška od strane ispitanika mjerena je multidimenzionalnom skalom socijalne podrške i značajno je povezana sa svim mjerenim varijablama osim s ljestvicom zdravlja. Ispitanici koji percipiraju svoju socijalnu podršku većom i boljom pokazuju i veću samoprocjenu zdravstvenog statusa mjerenu putem EQ-5D-5L upitnika o zdravstvenim problemima (negativna povezanost) te veću aktivnost na podljestvici aktivnost 2.

Aktivnost 1 koju definiramo kao slobodne aktivnosti, vezane za osobnu dobrobit značajno su pozitivno povezane sa svim varijablama osim s percipiranom socijalnom podrškom. Ispitanici koji pokazuju sudjelovanje u slobodnim aktivnostima vezanim za svoju osobnu dobrobit pokazuju i manje problema sa zdravljem (negativna povezanost) i veću kvalitetu života općenito dok povezanosti nema sa socijalnom podrškom.

Aktivnost 2 odnosi se na aktivnosti vezane za brigu odnosno uobičajene aktivnosti skrbi te su one pokazale značajnu povezanost sa svim mjerenim varijablama. Ispitanici koji izvještavaju o većoj aktivnosti pokazuju manje problema sa zdravljem (negativna povezanost) na upitniku o zdravstvenim problemima te bolju procjenu zdravstvenog statusa na ljestvici zdravlja, veću percipiranu socijalnu podršku i općenito veće zadovoljstvo životom odnosno veću kvalitetu života.

S obzirom na spol dobivena je značajna povezanost s varijablama koje se odnose na procjenu zdravstvenog statusa, žene pokazuju manje zdravstvenih problema općenito nego muškarci. Također, dobivena je statistički značajna povezanost spola i podljestvice aktivnost 2, žene se više bave aktivnostima vezane za brigu i skrb o drugima, pri čemu su korelacije niske, ali su statistički značajne.

S obzirom na dob pokazano je da je mjera zdravstvenih problema pozitivno povezana s dobi odnosno mlađi ispitanici pokazuju manje problema sa zdravljem (na upitniku o zdravstvenim problemima broj 1 znači da osoba nema zdravstvenih problema dok broj 5 znači da osoba ima ekstremne zdravstvene probleme) i obrnuto. Nadalje, dobivena je značajna negativna povezanost između dobi i kvalitete životom: mlađi ispitanici imaju viši rezultat na skali kvalitete života. Također, mlađi ispitanici pokazuju statistički značajnu negativnu povezanost s ljestvicom zdravlja gdje viši rezultat znači i najbolje zdravlje koje si ispitanik može percipirati. Dob je statistički značajno negativno povezan i s mjerom socijalne podrške što znači da mlađi ispitanici imaju veću razinu percipirane socijalne podrške. Što se tiče mjere

aktivnosti, u obje podljestvice (aktivnost 1 i aktivnost 2) mlađi ispitanici pokazuju učestalije bavljenje aktivnostima.

6.3. Analiza prediktora kvalitete života: Rezultati hijerarhijske regresijske analize

Provedena je hijerarhijska regresijska analiza u koracima kako bi ispitali doprinos varijabli samoprocjene zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti u objašnjenju kvalitete života kod osoba starije životne dobi. Spol i dob su uvršteni kao kontrolne varijable u prvi korak. U drugom koraku hijerarhijske regresijske analize dodana je varijabla samoprocjene zdravstvenog statusa odnosno mjera zdravstvenih problema i mjera ljestvice zdravlja dok je u trećem koraku dodana i varijabla percipirane socijalne podrške. U zadnjem koraku dodana je i aktivnost ispitanika. Dobiveni rezultati prikazani su u Tablici 5.

Tablica 5. Rezultati hijerarhijske regresijske analize doprinosa zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti u objašnjenju kvalitete života

	Prediktori	B	β	R	R ²	F	ΔR^2	ΔF
1.korak	Spol	-.29	-.01	.15	.02	2.08		
	Dob	-.14	-.15					
2.korak	Spol	1.8	.10	.65	.42	31.90**	.40	60.53**
	Dob	.04	.04					
	Zdravlje_kompozit	1.48	.55**					
	Zdravlje_ljestvica	.06	.16*					
3.korak	Spol	1.35	.08	.68	.46	29.55**	.04	11.88**
	Dob	.63	.06					
	Zdravlje_kompozit	1.31	.49**					
	Zdravlje_ljestvica	.07	.19**					
	Socijalna podrška	.26	.20**					
4.korak	Spol	.57	.03	.69	.48	22.60**	.02	3.193*
	Dob	.10	.11					
	Zdravlje_kompozit	1.26	.48**					
	Zdravlje_ljestvica	.06	.16*					
	Socijalna podrška	.22	.17**					
	Aktivnost 1	.12	.12*					
Aktivnost 2	.13	.10						

Legenda: * $p < .05$, ** $p < .01$

Varijable: zdravlje kompozit= ukupna mjera zdravstvenih problema; zdravlje ljestvica= ljestvica zdravlja; socijalna podrška= percipirana socijalna podrška, aktivnost 1= slobodne aktivnosti, vezane za osobnu dobrobit; aktivnost 2= uobičajene aktivnosti vezane za brigu i skrb

U prvom koraku kao prediktori uvršteni su spol i dob ispitanika. Dobiveno je da spol i dob statistički značajno ne objašnjavaju varijancu kvalitete života ($F = 2.08$, $df = 2,179$; $p > .05$). To znači da spol i dob nisu prediktori kvalitete života.

Nakon što su u drugome koraku dodane ljestvica zdravlja i mjera zdravstvenih problema, model objašnjava 42 % varijance kvalitete života ($F = 31.90$, $df = 4,177$; $p < .01$). Uvođenjem novih varijabli u model došlo je do promjene objašnjene varijance kriterija za 40 % ($\Delta F = 60.53$, $df = 2,177$; $p < .01$). Mjera zdravstvenih problema ($\beta = -.55$; $p < .01$) i ljestvica zdravlja ($\beta = .16$; $p < .05$) su prediktori koji značajno doprinose objašnjenju varijance kvalitete života. Rezultat na mjeri zdravstvenih problema i ljestvica zdravlja pokazuju i predviđaju kvalitetu života.

U trećem koraku dodana je ukupna socijalna podrška te model objašnjava 46 % varijance kvalitete života ($F = 29.55$, $df = 5,176$; $p < .01$). Uvođenjem nove varijable u model došlo je do promjene objašnjene varijance kriterija za 4 % ($\Delta F = 11.88$, $df = 1,176$; $p < .01$). Mjera zdravstvenih problema ($\beta = -.49$; $p < .01$), ljestvica zdravlja ($\beta = .19$; $p < .01$) i ukupna socijalna podrška ($\beta = .20$; $p < .01$) su prediktori koji značajno doprinose objašnjenju varijance kvalitete života.

U posljednjem koraku dodane su aktivnost 1 i aktivnost 2 te model objašnjava 48% varijance kvalitete života ($F = 22.60$, $df = 7,174$; $p < .01$). Uvođenjem novih varijabli u model došlo je do promjene objašnjene varijance kriterija za 2% ($\Delta F = 3.193$, $df = 2,174$; $p < .05$). Mjera zdravstvenih problema ($\beta = -.48$; $p < .01$), ljestvica zdravlja ($\beta = .16$; $p < .05$), ukupna socijalna podrška ($\beta = .17$; $p < .01$) i aktivnosti 1 ($\beta = .12$; $p < .05$) prediktori su koji značajno doprinose objašnjenju varijance kvalitete života. Aktivnost 2, odnosno uobičajene aktivnosti vezane za brigu i skrb ne pokazuju značajni doprinos u objašnjenju kvalitete života. Moguće je razlog tomu što su se u ovu varijablu grupirale uobičajene aktivnosti vezane za brigu i skrb koje pored bavljenja slobodnim aktivnostima usmjerenim na osobnu dobrobit nemaju efekta na kvalitetu života osoba starije životne dobi.

7. RASPRAVA

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati kvalitetu života osoba starije životne dobi s obzirom na procjenu zdravstvenog statusa izraženu putem mjere zdravstvenih problema i ljestvice zdravlja, socijalne podrške i razinu aktivnosti. Skale i podljestvice kojima su mjereni ovi konstrukti istraživanja pokazali su zadovoljavajuću pouzdanost te, prema nekim kriterijima (Kline, 2005) i zadovoljavajuću simetričnost.

Uvidom u deskriptivne podatke iz Tablice 2. možemo zaključiti da su osobe koje su sudjelovale u ovom istraživanju pokazale svoje trenutno zdravstveno stanje boljim na procjeni putem ljestvice zdravlja dok na mjeri zdravstvenih problema sudionici izvještavaju o umjerenom stanju zdravlja gdje sudionici iskazuju da imaju u prosjeku neznatnih problema kod pokretljivosti, skrbi o sebi, u uobičajenim aktivnostima, kod boli i tjeskobe. Sudionici kvalitetu svoga života procjenjuju umjerenom odnosno ni zadovoljavajućom ni nezadovoljavajućom. Nadalje, sudionici pokazuju i zadovoljavajuću procjenu socijalne podrške dok je učestalost bavljenja aktivnostima kod sudionika umjerena.

Kako bi ispitali doprinos varijabli zdravlja, socijalne podrške i razine aktivnosti u objašnjenju kvalitete života kod starijih osoba provedena je hijerarhijska regresijska analiza.

7.1. Povezanost percepcije zdravstvenog statusa i kvalitete života osoba starije životne dobi.

Izračunom Pearsonovog koeficijenta korelacije pokazalo se da oni ispitanici koji pokazuju veće zadovoljstvo samoprocjenom svojeg zdravstvenog statusa na ljestvici zdravlja pokazuju i veće zadovoljstvo životom općenito odnosno pokazuju veću kvalitetu života. Ljestvica zdravlja značajno je negativno povezana s mjerom zdravstvenih problema, odnosno oni ispitanici koji pokazuju viši rezultat na ljestvici zdravlja pokazuju niži rezultat na mjeri zdravstvenih problema što ukazuje na to da ti ispitanici nemaju zdravstvene probleme. Nadalje, oni ispitanici koji svoje trenutno zdravlje na ljestvici zdravlja označavaju boljim pokazuju i veću aktivnost na obje podljestvice aktivnosti.

Što se tiče mjere zdravstvenih problema kao kompozita odnosno ukupnog zdravstvenog statusa koji je mjereno EQ-5D-5L upitnikom o zdravstvenim problemima izračunom Pearsonovog koeficijenta korelacija dobiveno je da je varijabla samoprocjene zdravstvenog statusa mjerena putem upitnika o zdravstvenim problemima negativno i statistički značajno

povezana sa svim ispitanim varijablama. Oni ispitanici koji svoje zdravlje percipiraju boljim odnosno nemaju zdravstvenih problema doživljavaju veću percepciju socijalne podrške i veću uključenost u aktivnosti.

Očekivano je da će percepcija zdravstvenog statusa od strane starijih osoba biti pozitivno povezana s kvalitetom života, pri čemu će ispitanici s nižim rezultatima na upitniku o zdravstvenim problemima imati višu kvalitetu života u odnosu na one s višim rezultatima na upitniku o zdravstvenim problemima. Navedena hipoteza je potvrđena, u drugom koraku u hijerarhijskoj regresijskoj analizi kao prediktor uz spol i dob dodana je i mjera zdravstvenih problema mjerena upitnikom o zdravstvenim problemima i prediktor ljestvica zdravlja. Za varijablu percepcije zdravstvenog statusa korištena je mjera EQ-5D-5L (2009; prema Lešić i sur., 2020) upitnik o zdravstvenim problemima i ljestvica zdravlja. Navedene mjere uvrštavaju se u hijerarhijsku regresijsku analizu zasebno kao dvije varijable odnosno prediktori. Nakon uvođenja spola i dobi kao mogućih prediktora koji imaju efekt na kvalitetu života kod starijih odraslih osoba uvrštava se u drugi korak i prediktor mjera zdravstvenih problema (upitnik o zdravstvenim problemima) i ljestvica zdravlja koji se pokazuju kao značajni prediktori koji doprinose ukupnoj kvaliteti života kod osoba starije životne dobi. Na mjeri zdravstvenih problema pokazala se negativna povezanost s kriterijem odnosno kvalitetom života što znači da niži rezultat na mjeri zdravstvenih problema pokazuje da osoba nema problema u vidu pokretljivosti, skrbi o sebi, u uobičajenim aktivnostima, kod boli i tjeskobe te samim time to dovodi do veće percepcije kvalitete života. U literaturi postoji jasna povezanost između samoprocjene zdravstvenog statusa i kvalitete života kod osoba starije životne dobi (Paterson, 2010; Vuletić, 2013). Samoprocjena zdravlja odnosi se na subjektivnu percepciju vlastitog zdravstvenog stanja, dok se kvaliteta života odnosi na općenitu dobrobit i zadovoljstvo životom. Starije osobe često doživljavaju promjene u fizičkom i mentalnom zdravlju, a samoprocjena njihovog zdravstvenog statusa može biti pokazatelj njihovog funkcioniranja i općeg stanja. Osobe koje percipiraju svoje zdravlje kao dobro obično i imaju veću kvalitetu života u usporedbi s onima koji percipiraju svoje zdravlje kao loše što se pokazalo i u ovom istraživanju (Diener i Seligman, 2004)

S druge strane, niska samoprocjena zdravstvenog statusa može biti povezana s nižom kvalitetom života. Osobe koje se percipiraju kao bolesne ili nesposobne mogu iskusiti osjećaje tuge, nemoći i manje zadovoljstvo svojim životom. To može dovesti do socijalne izolacije, smanjenog sudjelovanja u društvenim aktivnostima i pogoršanja mentalnog zdravlja (Cummins i sur., 1996). Važno je naglasiti da samoprocjena zdravstvenog statusa nije uvijek objektivna

slika stvarnog zdravstvenog stanja osobe. Postoje slučajevi kada starije osobe mogu precijeniti ili podcijeniti svoje zdravlje. Međutim, bez obzira na objektivno stanje, način na koji osobe starije dobi percipiraju svoje zdravlje može imati snažan utjecaj na njihovu kvalitetu života (Vuletić, 2013).

Mnoga istraživanja pokazala su da je zdravstveno stanje važan prediktor zadovoljstva životom (Brajković, 2010; Paterson, 2010), a kako je zadovoljstvo zdravljem indikator kvalitete života onda i sama procjena zdravstvenog stanja ima efekt na ukupnu kvalitetu života kod osoba starije životne dobi.

Za starije osobe, samoprocjena zdravstvenog statusa igra ključnu ulogu jer su često izložene promjenama u zdravlju i funkcionalnosti. S godinama, tijelo prolazi kroz prirodan proces starenja koji može rezultirati povećanim rizikom od raznih bolesti, smanjenjem fizičke snage, smanjenom mobilnošću i drugim izazovima.

Visoka samoprocjena zdravstvenog statusa kod starijih osoba često je povezana s boljim općim zdravljem i manjim zdravstvenim problemima (Vuletić, 2013). Takve osobe često su fizički aktivnije, bolje spavaju i brinu o svom tijelu. Osobe koje se dobro osjećaju u svojoj koži često su i emocionalno stabilnije i zadovoljnije su svojim životom. Osim toga, pozitivna samoprocjena zdravstvenog statusa može potaknuti starije osobe da preuzmu odgovornost za svoje zdravlje i aktivno sudjeluju u održavanju njihove dobrobiti. To može uključivati pravilnu primjenu propisane terapije, redovite preglede kod liječnika te sudjelovanje u programima tjelesne aktivnosti (Lepan i Leutar, 2012).

7.2. Povezanost percipirane socijalne podrške i kvalitete života osoba starije životne dobi.

Izračunom Pearsonovog koeficijenta korelacije pokazalo se da je percipirana socijalna podrška od strane ispitanika mjerena multidimenzionalnom skalom socijalne podrške značajno povezana sa svim ispitanim varijablama osim s ljestvicom zdravlja. Ispitanici koji percipiraju svoju socijalnu podršku većom i boljom pokazuju i veću samoprocjenu zdravstvenog statusa odnosno manje zdravstvenih problema mjerenu putem EQ-5D-5L upitnika o zdravstvenim problemima (negativna povezanost) te veću aktivnost na podljestvici aktivnost 2 (one aktivnosti vezane za brigu odnosno uobičajene aktivnosti skrbi).

Očekivano je da će percepcija socijalne podrške od strane starijih osoba biti pozitivno

povezana s kvalitetom života, pri čemu će ispitanici s višim rezultatima na multidimenzionalnoj skali socijalne podrške imati višu kvalitetu života u odnosu na one s nižim rezultatima na navedenoj skali. Navedena hipoteza je potvrđena, u trećem koraku u hijerarhijskoj regresijskoj analizi kao prediktor uz spol, dob, mjeru zdravstvenih problema i ljestvicu zdravlja dodana je i komponenta socijalne podrške mjerena multidimenzionalnom skalom socijalne podrške. Originalna skala multidimenzionalne socijalne podrške sadrži 12 čestica no kako je u ovom istraživanju fokus bio na podršci kod starijih odraslih osoba od strane obitelji i prijatelja 4 čestice vezane za socijalnu podršku od strane njima bliske osobe izdvojili smo iz skale jer je većina istraživanja pokazala da je primarni izvor socijalne podrške osobama starije dobi obitelj (supružnici, djeca, braće i sestre) i prijatelji (susjedi) (Berk, 2008). Provjerena je pouzdanost skale od 8 čestica i pokazala se kao statistički značajnom mjerom socijalne podrške. Navedena statistička analiza u trećem koraku pokazala je da je uz mjeru zdravstvenih problema i ljestvicu zdravlja ukupna socijalna podrška značajan prediktor koji predviđa ukupnu kvalitetu života kod osoba starije životne dobi. Potvrđena je povezanost između socijalne podrške i kvalitete života kod osoba starije životne dobi.

Socijalna podrška se odnosi na podršku, emocionalnu i praktičnu pomoć koju pojedinac prima od svoje socijalne mreže, uključujući obitelj, prijatelje, susjede i zajednicu (Berk, 2008). Kvaliteta života kod starijih osoba obuhvaća mnoge aspekte, uključujući fizičko zdravlje, mentalno blagostanje, zadovoljstvo životom, socijalne odnose i funkcionalnu neovisnost. Osiguravanje da starije osobe imaju veću socijalnu mrežu i podršku može im pomoći da ostanu sretni, zdravi i zadovoljniji. Istraživanje (Blace i sur., 2012) socijalne podrške pokazuje da je obitelj jedan od najsnažnijih sustava podrške među starijim osobama gdje obitelj i prijatelji čine neformalnu mrežu podrške, ona im uz prijatelje i rodbinu koje spadaju također u neformalnu mrežu podrške pruža stalnu podršku i pomoć. Također, Bowling (1994) ističe da prijateljstva mogu biti jedan od izvora društvene podrške dok financijska i instrumentalna potpora najvjerojatnije dolazi od rodbine.

Kako ljudi stare društvene im se mreže promijene. Obitelj je često jedina veza koja ostaje stalna. Iz tog razloga rodbina često postaje najbliža društvena mreža. Oni pružaju stabilan izvor veze. Phillipson (1997) sugerira da je podrška obitelji često ključna u starosti, ali potraga za smislom i ispunjenjem u kasnijem životu usko je povezana sa sposobnošću stvaranja i održavanja društvenih odnosa drugih vrsta u starijoj dobi. Prijateljstva su oblik socijalne podrške koja su presudna za osjećaj blagostanja u kasnijem životu. Međutim, neka istraživanja su pokazala da se starije osobe općenito boje postati teret svojim bliskim osobama i prijateljima

(Coytem i sur., 2021). Što se tiče održavanja visokokvalitetnog života, očuvanje povezanosti s prijateljima i obitelji bila je primarna briga starijih osoba. Zdravlje i kvalitetni obiteljski odnosi pokazuju efekt jedno na drugo. Stariji koji ostvaruju jače veze sa svojim obiteljima uglavnom duže žive. Također, starije osobe koje su više društveno angažirane s članovima obitelji vjerojatnije će dulje živjeti, suprotno onima koji ne ostvaruju socijalne kontakte (Naudé i sur., 2022). Stoga, ostvarivanje socijalnog kontakta ima povoljan efekt na zdravlje starijih osoba. Ovime se poboljšava kvaliteta preostalih godina života, ali i produžuje život i cjelokupno zdravstveno stanje. Socijalno aktivni stariji pojedinci obično imaju bolje razvijene kognitivne funkcije. Oni ispitanici koji su pokazali da su sretni i da se bave društvenim aktivnostima imali su i veću vjerojatnost da će imati očuvano pamćenje i bolje sposobnosti razmišljanja. Oni koji su govorili suprotno, doživjeli su pad svojih kognitivnih sposobnosti (Liotta i sur., 2022).

Zaključno, ključna inicijativa poboljšanja kvalitete života bila bi razvoj učinkovite, održive i djelotvorne društvene zajednice te programa povezivanja koji pomaže u smanjenju čimbenika rizika za društvenu izolaciju i usamljenost među starijim odraslim osobama kao način postizanja optimalnog zdravlja (Surkalim i sur., 2022).

7.3. Povezanost razine aktivnosti i kvalitete života osoba starije životne dobi.

Izračunom Pearsonovog koeficijenta korelacije pokazalo se da podljestvica aktivnost 1 (one aktivnosti koje definiramo kao slobodne aktivnosti odnosno aktivnosti za svoju osobnu dobrobit) značajno je pozitivno povezana sa svim varijablama osim s percipiranom socijalnom podrškom, odnosno ispitanici koji sudjeluju u slobodnim aktivnostima vezanim za svoju osobnu dobrobit pokazuju i veću samoprocjenu zdravstvenog statusa odnosno manje zdravstvenih problema i veću kvalitetu života općenito dok sa socijalnom podrškom i njezinom percepcijom kod ispitanika ova vrsta aktivnosti nije povezana.

Nadalje, Pearsonov koeficijent korelacije pokazao je da podljestvica aktivnost 2 (one aktivnosti vezane za brigu odnosno uobičajene aktivnosti skrbi) pokazuje značajnu povezanost sa svim mjerenim varijablama. Ispitanici koji izvještavaju o većoj aktivnosti vezanoj za brigu i skrb pokazuju i veću samoprocjenu zdravstvenog statusa odnosno manje zdravstvenih problema, veću procjenu zdravlja na ljestvici zdravlja, veću percepciju socijalne podrške i općenito veću kvalitetu života.

Treća hipoteza je bila da će razina aktivnosti od strane starijih osoba biti pozitivno

povezana s kvalitetom života, pri čemu će ispitanici s višim rezultatima na upitniku o učestalosti tjelesne aktivnosti imati višu kvalitetu života u odnosu na one s nižim rezultatima na upitniku aktivnosti. Odnosno, aktivniji ispitanici starije dobi pokazat će višu percepciju kvalitete života u odnosu na neaktivne pojedince. Navedena hipoteza je djelomično potvrđena, u četvrtom koraku u hijerarhijskoj regresijskoj analizi kao prediktor uz spol, dob, mjeru zdravstvenih problema i ljestvicu zdravlja te socijalnu podršku pridodane su i varijabla aktivnost 1 (one aktivnosti koje definiramo kao slobodne aktivnosti odnosno aktivnosti za svoju osobnu dobrobit) te varijabla aktivnost 2 (one aktivnosti vezane za brigu odnosno uobičajene aktivnosti skrbi) koje su mjerene u istraživanju upitnikom o čestini bavljenja različitim aktivnostima. U zadnjem koraku analize podataka, utvrđeno je da mjera zdravstvenih problema i ljestvica zdravlja, zajedno s ukupnom socijalnom podrškom i varijablom aktivnost 1 (one aktivnosti koje definiramo kao slobodne aktivnosti odnosno aktivnosti za svoju osobnu dobrobit) značajno ima efekt na ukupnu kvalitetu života kod starijih osoba. Stoga se aktivnost 1 također pokazuje kao značajan prediktor kvalitete života kod starijih osoba, dok se varijabla aktivnost 2 (one aktivnosti vezane za brigu odnosno uobičajene aktivnosti skrbi) nije pokazala kao značajan prediktor kvalitete života kod osoba starije dobi. Navedeno možemo objasniti time da čestice koje su se grupirale u varijablu aktivnost 2 su one čestice koje opisno odgovaraju uobičajenim aktivnostima skrbi i brige te rezultati pokazuju kako varijabla aktivnost 2 posljedično nema uz varijablu aktivnost 1 dodatni efekt na ukupnu kvalitetu života kod starijih osoba.

S obzirom na navedeno postoje mnoga istraživanja koja ispituju odnos aktivnosti i kvalitete života kod osoba starije dobi. U većini literature utvrđeno je da bilo kakva aktivnost ima pozitivan efekt na sve aspekte kvalitete života (socijalno funkcioniranje, tjelesno i mentalno zdravlje (Sheppard i sur., 2003). Također, ispitanici koji su aktivni u bilo kojoj vrsti aktivnosti izjavljuju o manjim problemima kod tjelesnih simptoma (depresija, znojenje, nesаница, bolovi u leđima i slično) te da u manjoj mjeri boluju od različitih bolesti (astma, srčane bolesti, karcinom, depresija i slično) (Al-Windi, 2010). Utvrđeno je kako aktivnost ima pozitivan efekt na samopouzdanje i povećava samoefikasnost (McAuley i sur., 2000). Mnogi istraživači ispitivali su odnos aktivnosti s vitalnosti i zdravljem gdje se skupina ispitanika pratila kroz desetogodišnje razdoblje. Na početku su ti ispitanici bili neaktivni, a kasnije su postali aktivniji. Međutim, u usporedbi sa skupinom ispitanika koji su i dalje ostali neaktivni, aktivni ispitanici su izjavili da se osjećaju vitalnije i da su općenito boljeg zdravlja. U smjeru istog govori i istraživanje Rosenkranza i suradnika (2013) kojim se pokazalo kako sudionici koji više od osam

sati dnevno provode sjedeći pokazuju nižu sveukupnu kvalitetu života.

Što se tiče tipa aktivnosti, u svome istraživanju Blace (2012) je dobio da postoji samo nekoliko specifičnih aktivnosti u kojima ispitanici imaju visoko ili vrlo visoko sudjelovanje. Te aktivnosti uključuju najčešće osobne aktivnosti kao što su: gledanje televizije, slušanje radija, hodanje, aktivnosti s obitelji i prijateljima, sudjelovanje u aktivnostima s formalnim mrežama podrške, a to su najčešće politički skupovi, crkvena bogoslužja i mise. Također, istaknuo je da sudjelovanje ispitanika u ovim aktivnostima značajno je pozitivno povezano s njihovom funkcionalnom sposobnošću odnosno sa zdravljem što je dobiveno i u ovom istraživanju. U smjeru istog idu i nalazi Nestora (2012) koji ističe da stariji ljudi imaju visoku razinu uključenosti u gledanje televizije i slušanje radija kao aktivnosti koje smatraju svojom razonodom kada borave kod kuće kako bi dobili informacije putem vijesti, što je dobiveno i u ovom istraživanju gdje većina ispitanika svakodnevno sluša radio dok još više svakodnevno gledaju televiziju. Nestor (2012) navodi da što se tiče čitanja kao osobne aktivnosti, starije osobe imaju vrlo nisku razinu uključenosti u takve aktivnosti. Isto se potvrdilo i u ovom istraživanju gdje skoro svi ispitanici čitaju barem jednom ili dva puta godišnje. Jedan od faktora koji je moguće da utječe na njihovu aktivnost čitanja je njihov tjelesni nedostatak vezan uz oštećenje vida koji ih može ometati u čitanju i koncentraciji.

Lepan i Leutar (2012) navode da se starije osobe mogu uključiti u raznolike neformalne aktivnosti gdje mogu uspostaviti socijalne veze s prijateljima, susjedima i rođacima, formalne aktivnosti koje uključuju aktivnosti u dobrovoljnim udrugama i grupama, solitarne aktivnosti koje uključuju održavanje domaćinstva i odmaranje te intimne aktivnosti koje više doprinose životnom zadovoljstvu te ponovnom uspostavljanju važnih uloga i percepcije sebe s drugim važnim osobama. Prethodnu podjelu aktivnosti možemo usporediti i s aktivnostima ispitanim u ovom istraživanju: aktivnost 1, one slobodne aktivnosti vezane za osobnu dobrobit i aktivnost 2, uobičajene aktivnosti brige i skrbi. Neformalne aktivnosti, formalne aktivnosti i intimne aktivnosti možemo povezati s podljestvicom aktivnosti 1 gdje ispitanici većinom navode da se učestalije bave aktivnostima vezanim za svakodnevno funkcioniranje, primjerice „Šetam“, „Čitam“, „Koristim kompjutor“ i slično, dok se manje bave onim slobodnim aktivnostima koje zahtijevaju veći angažman pa tako i kod nekih veći fizički napor, neke od tih aktivnosti u našem istraživanju su: „Planinarim“, „Volontiram“, „Posjećujem kino, kazalište, koncerte“, „Slušam predavanja za građanstvo“ i slično. Sve ove navedene aktivnosti faktorskom su se analizom podijelile u podljestvicu aktivnost 1 koja uključuje slobodne aktivnosti i one aktivnosti vezane za osobnu dobrobit, dok solitarne aktivnosti uključuju održavanje domaćinstva i odmaranje

koje su u podljestvici aktivnost 2, aktivnosti vezane za skrb i brigu. Zanimljivo je primijetiti da 40 % ispitanika navode da sudjeluju u aktivnosti „koristim kompjutor i pretražujem internet“, što možemo povezati sa solitarnom aktivnosti koja definira aktivnost i kao odmor. Starije osobe svoj odmor i opuštanje iskorištavaju tako da pretražuju internet te se tako informiraju o vanjskom svijetu, ako nisu u mogućnosti zbog zdravstvenih problema izaći iz kuće ili stana. Također, mnogo ispitanika navodi da se svakodnevno brine o kućnom ljubimcu/domaćim životinjama te o članu obitelji. Najmanje su ispitanici izvještavali o aktivnosti „Odlazim u crkvu“ i „Bavim se ručnim radom“. Prethodno navedene aktivnosti faktorskom su se analizom podijelile u podljestvicu aktivnosti 2 koja uključuje aktivnosti vezane za skrb i brigu.

Cilj je da starije osobe raspoznaju važnost uključenosti u aktivnosti osobne dobrobiti, koje se više odnose na slobodne aktivnosti/razonodu, a ne toliko na skrb o članu obitelji, kućnim ljubimcima/domaćim životinjama. U ovom istraživanju većinom su ispitivane starije osobe koje žive na selu, brinu o domaće životinjama, bave se svakodnevnim aktivnostima vezanim za kućanstvo i brigu stoga im i mogućnost za aktivnosti osobne dobrobiti koje bi i posljedično pospješile i njihove socijalne odnose i bolju kvalitetu života su manje pristupačne. Možemo zaključiti da je važno poticati osobe starije životne dobi na različite aktivnosti poput sudjelovanja u aktivnostima koje potiču kognitivne procese te prisustvovanja raznim događajima, jer ove aktivnosti ne samo da doprinose osobnom razvoju već i podržavaju održavanje bogate socijalne mreže.

Naposljetku, redovita aktivnost može imati mnoge pozitivne učinke na fizičko i mentalno zdravlje starijih osoba što može rezultirati poboljšanjem njihove ukupne kvalitete života. Starije osobe koje su aktivnije često imaju i veću neovisnost i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti što posljedično može poboljšati samopouzdanje, socijalnu interakciju i osjećaj pripadnosti zajednici. Socijalna podrška predstavlja značajno obogaćuje dobrobit pojedinca kroz sudjelovanje u socijalnim odnosima i slobodnom vremenu (Aquino i sur., 1996). I konačno, sudjelovanje u aktivnostima često uključuje težnju ili postizanje osobnih ciljeva, čime se pridodaje osjećaju osobnog postignuća (Adams i sur., 2010).

7.4. Doprinos percepcije zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti u objašnjenju kvalitete života osoba starije životne dobi

Uzevši u obzir prethodno navedene spoznaje dobivene u dosadašnjim istraživanjima, vidljivo je da su socijalna podrška, razina aktivnosti faktori koji imaju efekt na zdravlje osoba starije životne dobi i obratno – a kroz njihovo se međudjelovanje očituju i različite razine kvalitete života (Ilić i Županić, 2014). Upravo je cilj ovog rada bio ispitati kvalitetu života osoba starije životne dobi s obzirom na procjenu zdravstvenog statusa, razine socijalne podrške te razine aktivnosti. Dobiveni rezultati ovog istraživanja potvrđuju prethodno napisano, samoprocjena zdravstvenog statusa s pridodanom percepcijom ukupne socijalne podrške i podljestvica aktivnost 1 (one aktivnosti koje definiramo kao slobodne aktivnosti odnosno aktivnosti za svoju osobnu dobrobit) potvrđuju velik postotak objašnjene varijance kriterija odnosno da su svi navedeni prediktori povezani s ukupnom kvalitetom života dok se podljestvica aktivnost 2 (one aktivnosti vezane za brigu odnosno uobičajene aktivnosti skrbi) ne pokazuje statistički značajnim prediktorom u objašnjenju ukupne varijance kriterija. Naši rezultati su u skladu s podacima iz istraživanja Janga i suradnika (2004) koji upućuju na to da osobe s većim zdravstvenim problemima manje sudjeluju u društvenim aktivnostima te su isto tako manje uključene u socijalne interakcije s drugim ljudima što posljedično pokazuju i manju kvalitetu života.

Socijalno funkcioniranje je određeno socijalnom podrškom i društvom u našoj okolini pa time se da pretpostaviti da smo socijalni onoliko koliko je i naša ličnost sklona tome. Visoka samoprocjena zdravstvenog statusa povezana je s boljim mentalnim zdravljem, većom socijalnom uključenošću, višom razinom zadovoljstva životom i većim stupnjem neovisnosti kod starijih osoba. Takve osobe često imaju više sposobnosti i motivacije za uključivanje u aktivnosti koje su im važne (sve prema Vuletić, 2013). Kako bi se poboljšala kvaliteta života starijih osoba, važno je pridavati pažnju i poticati pozitivnu samoprocjenu zdravstvenog statusa. To se može postići podrškom u održavanju tjelesne aktivnosti, pružanjem informacija o zdravom načinu života, promicanjem društvene uključenosti i pružanjem odgovarajuće zdravstvene skrbi. Također je važno osigurati da starije osobe imaju podršku i mogućnosti za izražavanje svojih briga i potreba vezanih za njihovo zdravlje i dobrobit. Teorija aktivnosti (Atchley, 1994) starenja smatra da stariji ljudi imaju iste psihološke i socijalne potrebe kao i osobe srednje dobi. Međutim, kako ljudi stare, često primjećuju da im se smanjuju socijalne interakcije ili kontakti s drugim ljudima. Ovo može biti posljedica različitih faktora. Neki stariji

ljudi doista žele smanjiti svoje društvene angažmane iz raznih razloga. Moguće je da su se umorili od učestalog druženja ili im je potrebno više vremena za sebe i svoje hobije. Neki mogu imati zdravstvene probleme koji im otežavaju sudjelovanje u društvenim aktivnostima ili slično. S druge strane, važno je napomenuti da većina starijih ljudi se ne želi potpuno povući iz društva jer su društveni kontakti važni za održavanje emocionalnog blagostanja i kvalitete života. Dakle, prema ovoj teoriji, starije osobe koje optimalno stare trebaju ostati aktivne i truditi se održati društvene interakcije. Oni bi trebali održavati aktivnosti srednje dobi što je duže moguće time da pronađu aktivnosti kojima će se baviti u slobodno vrijeme.

Također, i zdravlje i funkcionalna sposobnost od velike su važnosti za kvalitetu života ljudi jer razina funkcionalne sposobnosti određuje u kojoj se mjeri mogu osobe samostalno snalaziti u zajednici, posjećivati druge ljude, sudjelovati u događajima, koristiti usluge koje nude organizacije i društvo te općenito obogatiti svoj život i živote njihovih najbližih osoba (World Health Organisation, 1998). Bergman (1991) naglašava da se pretpostavlja da niži funkcionalni status ograničava prilike kod osoba starije životne dobi za socijalni kontakt smanjenjem interakcija s obitelji i prijateljima izvan kuće te samim time i ograničavanjem društvenih aktivnosti. Tjelesna aktivnost je dobro prepoznata kao značajan čimbenik u očuvanju dobrog zdravlja no ipak, ljudi starenjem postaju manje fizički aktivni.

Kako su dob i spol povezani s ovdje analiziranim varijablama, u hijerarhijskoj regresijskoj analizi je kontroliran njihov efekt na kvalitetu života. Rezultati hijerarhijske regresijske analize pokazali su neznačajan doprinos spola i dobi u objašnjenju kvalitete života kod starijih osoba. Naime, možemo objasniti to tako da u ovom istraživanju nema povezanosti kvalitete života sa spolom ni dobi odnosno nema razlike u efektu na kvalitetu života ni kod muškaraca ni kod žena, neovisno o njihovoj dobi. U prijašnjim istraživanjima spolnih razlika uglavnom su se one pokazale kao neznačajne ili relativno male (Krizmanić i sur., 1999). Diener (1984) u svome istraživanju također nije pronašao nikakav odnos između kvalitete života i dobi, međutim, u literaturi se mogu pronaći objašnjenja zašto se zadovoljstvo životom odnosno kvaliteta života muškaraca i žena u starijoj dobi može razlikovati što u ovom istraživanju nije dobiveno. Hatch (1999) navodi kako muškarci pokazuju manje zadovoljstvo životom nakon umirovljenja zbog izostale radne uloge, gubeći time i status u društvu kao osobe koja je pridonosila financijskoj sigurnosti svoje obitelji. Manje zadovoljstvo životom umirovljenih žena objašnjava se time što žene stvaraju dublje socijalne veze na poslu te su time i više uključene u društveni život, a gubitak socijalne mreže otežava prilagodbu i stvara osjećaj nezadovoljstva.

Za dobivene rezultate s obzirom na dob i spol može se reći da su i očekivani jer je zadovoljstvo životom kognitivna procjena kod koje osoba svoj protekli život evaluira u skladu s nekim osobnim kriterijima koji ne moraju biti od iste važnosti nekoj drugoj osobi iste dobi. Stoga, uspoređivanje općeg zadovoljstva životom gotovo je nemoguće, a u većini istraživanja dobivene spolne razlike su neznačajne (Vuletić, 2011). Kod osobne kvalitete života radi se o tome kako pojedinac vidi i doživljava vlastiti život, a ne kako to druge osobe procjenjuju. Iako u ovom radu fokus nije bio na spolu i dobi kao prediktorima za kriterij kvalitete života bilo bi korisno u budućim istraživanjima dodatno provjeriti razlikuju li se muškarci i žene u zadovoljstvu pojedinim domenama života, ali i ove razlike su se pokazale statistički neznačajnima.

7.5. Ograničenja i prednosti istraživanja

Provedeno istraživanje sadrži nekoliko nedostataka. Prvo, mjere glavnih konstrukata, samoprocjena zdravlja, socijalna podrška i razina aktivnosti te upitnik o kvaliteti života su samoprocjene. Kao takve mogu dati pogrešne rezultate zato što su ispitanici mogli davati socijalno poželjne odgovore i tako preувеличати ili čak prikriti istinu. Također, ispitanici nekada ne poznaju sebe dovoljno dobro ili su pod utjecajem trenutnog raspoloženja pa isto tako odgovore mogu prilagoditi trenutnom raspoloženju.

U provedbi istraživanja u domu za starije osobe ispitanici su ispunjavali upitnik u grupi uz pomoć voditeljice istraživanja ako im je nešto bilo nejasno. Tijekom provedbe u domu za starije osobe uočeno je da neki od ispitanika na glas govore svoje procjene čestica i provjeravaju iste s drugima. Nadalje, oni sudionici koji s obzirom na svoju dob nisu razumjeli pitanja pa su tražili pojašnjenja, moguće da su utjecali na koncentraciju drugih (u domu za starije osobe provedba je bila za sve ispitanike u istoj prostoriji) stoga se postavlja pitanje koliko je procjena ispitanika odraz njihova mišljenja ili posljedica nerazumijevanja čestica ili čak pada razine koncentracije.

Što se tiče varijable aktivnosti se kao nedostatak može istaknuti operacionalizacija ove varijable. Faktorska analiza rezultirala je grupiranjem čestica na mjeri aktivnosti na dva faktora, aktivnosti 1 i aktivnosti 2 koje nemaju jednoznačnu interpretaciju. Dok su aktivnosti 1 više razmatrane kao aktivnosti u slobodno vrijeme odnosno aktivnosti vezane za svoju osobnu

dobrobit, ostale čestice grupirane u varijabli aktivnosti 2 mogu se objasniti kao aktivnosti vezane za brigu odnosno uobičajene aktivnosti skrbi. Iako je pouzdanost obje podljestvice razine aktivnosti prikladna te su za potrebe ovog istraživanja dobivene značajne povezanosti s analiziranim konstruktima, nedostaju dodatne potvrde konstruktne valjanosti ove dvije varijable.

Jedan od nedostataka istraživanja jest i sam uzorak. U istraživanju je korišten prigodan uzorak osoba starije dobi koje imaju manje izražene zdravstvene probleme, žive u krugu svoje obitelji, pokretljive su i slično što treba uzeti u obzir kod interpretacije podataka.

Također, u istraživanju je sudjelovalo 193 ispitanika, od ukupnog broja ispitanika, 59 čine muškarci, a 134 čine žene što onemogućuje donošenje preciznijih zaključaka jer važan segment istraživanja je i ujednačenost po spolu, što u ovom istraživanju s obzirom na veliku razliku u omjeru muškaraca i žena je ograničilo interpretacije dobivenih nalaza. S obzirom na to da se radi o starijoj dobi, većini ispitanika nakon određenog vremena počne opadati koncentracija, stoga, pretpostavljamo da je nedostatak taj što se niz upitnika primijenjenih u istraživanju njima možda činio predugim i zamornim.

Kao još jedan od nedostataka istraživanja je i onaj koji se odnosi na mjeru upitnika o zdravstvenim problemima (EQ-5D-5L). Primjerice, Insinga i Fryback (2003) izvještavaju o nedostatku konstruktne valjanosti upitnika te navode kako zdravstveni opisi upitnika nemaju visoke korelacije sa stvarnim zdravstvenim iskustvima ispitanika.

Prednost ovog istraživanja je taj da ono pruža znanstveni i praktični doprinos razumijevanju uloge ukupnog zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razine aktivnosti na kvalitetu života kod osoba starije životne dobi. Također, rezultati ovog istraživanja pokazuju važnost procjene zdravlja i kako ona posljedično ima efekt na razinu socijalne podrške i razinu aktivnosti te njihov međuodnos djelovanja na kriterij kvalitete života kod osoba starije dobi. Navedeni podaci mogu poslužiti u izradi preventivnih programa, koji bi bili usmjereni na održavanje funkcionalne sposobnosti pojedinaca, uključivanje u razne aktivnosti osmišljene za treću dob te uključivanje u razne socijalne mreže, a samim time doprinijeti višoj kvaliteti života.

Samo istraživanje objedinjuje konstrukte kvalitete života, zdravlja, socijalne podrške i aktivnosti u jedno istraživanje, čime pruža empirijske informacije o njihovoj povezanosti. Naime, u literaturi se pretpostavlja i pokazuje njihov odnos, uloga bolje percepcije zdravstvenog statusa, više razine socijalne podrške i veće uključenosti u aktivnosti u formiranju

i održavanju više kvalitete života kod osoba starije životne dobi, a podacima koji su dobiveni u ovom istraživanju te spoznaje se i potkrepljuju što omogućuje razvoj intervencija za rad i sudjelovanje u raznim aktivnostima kako bi osobe treće dobi poboljšali svoju kvalitetu života. Nalazi ovog istraživanja mogu osvijestiti obitelji i prijatelje osoba starije životne dobi, ali i druge važne osobe u njihovom životu da uključe osobe starije dobi u svome okruženju u razne aktivnosti, sudjelovanja, druženja, radionice i slično kako bi radili na jačanju svoga zadovoljstva, a samim time i na unaprijeđenju svoje kvalitete života.

7.6. Buduća istraživanja

Jedno istraživanje nije dovoljno za donošenje zaključaka, stoga bi daljnja istraživanja trebala pokušati replicirati rezultate ovoga. Bilo bi dobro koristiti druge mjere za percepciju zdravstvenog statusa, socijalne podrške, za razinu aktivnosti te samim time i za kvalitetu života kako bi se uvidjelo jesu li ovi rezultati posljedica korištenja mjera ili povezanosti konstrukata. Također, trebalo bi se više posvetiti spolnim i dobnim razlikama kako bi pomnije ispitali odnos navedenih prediktora s kriterijem kvalitete života s obzirom na nekonzistentnost nalaza dobi i spola. Jednako tako, zbog različitih nalaza u literaturi, dobro bi bilo provjeriti koje mjere aktivnosti i njezine podljedvice treba koristiti za daljnja istraživanja kako bi dobili konzistentnije rezultate. Konačno, preporučljiva su i istraživanja koja uključuju i obitelj i prijatelje osoba starije životne dobi kako bi se i s njihovim sudjelovanjem razjasnila važnost održavanja optimalne razine aktivnosti, zdravlja i socijalnih kontakata radi razvoja i povećanja ukupne kvalitete života.

8. ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati kvalitetu života osoba starije životne dobi s obzirom na procjenu zdravstvenog statusa, socijalne podrške i razinu aktivnosti. Kvaliteta života koja je ovdje ispitana kao zadovoljstvo različitim aspektima funkcioniranja povezana je s percepcijom zdravlja, socijalnom podrškom i uključenosti u različite aktivnosti.

Samoprocjena zdravstvenog statusa putem mjere zdravstvenih problema i ljestvice zdravlja, percipirana socijalna podrška obitelji i prijatelja te uključenost u različite aktivnosti značajno pridonose objašnjenju kvalitete života.

Zaključno, rezultati provedenog istraživanja upućuju na važnost održavanja zdravlja, kvalitete socijalne mreže te sudjelovanja u raznim aktivnostima kako bi kvaliteta života kod osoba starije životne dobi bila što viša.

9. LITERATURA

Adams, K. B., Leibbrandt, S. i Moon, H. (2010). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society*, 31, 683-712. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10001091>

Ajduković, M., Ručević, S. i Majdenić, M. (2013). Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*, 20(2), 149-165. <https://doi.org/10.3935/rsp.v20i2.1148>

Al-Windi, A. (2010). Relationship between physical activity and sociodemographic characteristic, quality of life and diseases: Epidemiologic study among healthy workers in Kurdistan, Iraq. *Journal of Chinese clinical medicine volume*, 5 (6), 335-342.

Ambrosi-Randić, N., Nekić, M. i Tucak Junaković, I. (2017). Percepcija kroničnih bolesti u kontekstu psihološke dobrobiti starijih osoba. *Socijalna psihijatrija*, 45(4), 231-240.

Animasahun, V. i Chapman J. H. (2017). Psychological health challenges of the elderly in Nigeria: A narrative review. *African Health Sciences*, 17(2), 575. <https://doi.org/10.4314/ahs.v17i2.35>

Antonucci, T. C., Lansford, J. E., i Akiyama, H. (2001). Impact of positive and negative aspects of marital relationships and friendships on well-being of older adults. *Applied Developmental Science*, 5, 68–75. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0502_2

Aquino, J. A., Russell, D. W., Cutrona, C. E. i Altmaier, E. M. (1996). Employment status, social support, and life satisfaction among the elderly. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 480–9. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.480>

Argyriadou, S., Melissopoulou, H., Krania, E., Karagiannidou, A., Vlachonicolis, I. i Lionis, C. (2001). Dementia and depression two frequent disorders of the aged in primary health care in Greece. *Family Practice*, 18, 87-91. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.1.87>

Atchley, R. (1994). *Social forces and aging: an introduction to social gerontology*. 7th Edition. Wadsworth Publishing Company.

Awang, M. M., Kutty, F. M. i Ahmad, A. R. (2014). Perceived social support and well being: First-year student experience in university. *International Education Studies*, 7(13),261-270. <https://doi.org/10.5539/ies.v7n13p261>

Bara, M. i Podgorelec, S. (2015). Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja, *Etnološka tribina*, 45 (38), 58-71. <https://doi.org/10.15378/1848-9540.2015.38.02>

Bergman, L. (1991). The effect of age on treatment choice and survival in elderly breast cancer patients. *Cancer*, 67(9), 2227-34. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19910501\)67:9<2227::aid-cnrcr2820670903>3.0.co;2-0](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19910501)67:9<2227::aid-cnrcr2820670903>3.0.co;2-0)

Berk, L. E. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.

Bjørnskov, C. (2010). How Comparable are the Gallup World Poll Life Satisfaction Dana? *Journal of Happiness Studies*, 11, 41-60. <https://doi.org/10.1007/s10902-008-9121-6>

Blace, N. (2012). Functional Ability, Participation in Activities and Life Satisfaction of the Older People. *Asian Social Science*, 8(3), <https://doi.org/10.5539/ass.v8n3p75>

Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 9, 447–459.

Bowling, A. i Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journals*, 331, 1548-1551. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>

Bowling, A. P., Edelman, R. J., Leaver, J., i Hoekel, T. (1989). Loneliness, mobility, well-being, and social support in a sample of over-85-year-olds. *Personality and Individual Differences*, 10(1), 1189–1192. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90085-8](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90085-8)

Brajković, L. (2010). *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Neobjavljena disertacija Medicinskog fakulteta, Sveučilište u Zagrebu.

Brazier, J., Jones, N. i Kind, P. (1993). Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. *Quality of Life Research*, 2, 169-180. <https://doi.org/10.1007/BF00435221>

Caspersen, C. J., Powell, C. E. i Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-31.

Cohen, S. i Wills, T., A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 310-357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>

Cosco, T. D., Stephan, B. C. i Brayne, C. (2015). Validation of an a priori, index model of successful aging in a population-based cohort study: The successful aging index. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 1971-1977. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000708>

Coyte, A., Perry, R. i Papacosta, A. O. (2021). Social relationships and the risk of incident heart failure: results from a prospective population-based study of older men. *Eur Heart J Open*, 2(1), 1-20. <https://doi.org/10.1093/ehjopen/oeab045>

Cummins, R. A. (1996). The Domain of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Social Indicator Research*, 38, 303–32. <https://doi.org/10.1007/BF00292050>

Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social indicators research*, 52(1), 55-72.

Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Naklada Slap.

Despot Lučanin, J. (2014). *Psihologija starenja*. Hrvatski studiji: Sveučilište u Zagrebu.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

Diener, E. i Seligman, M. E. P. (2004), Beyond Money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5(1), 1-31. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x>

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., Smith, H.L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

Egeljić-Mihailović, N., Pavlović, J., Jović, D. i Knežević, D. (2020). Povezanost subjektivnog osjećaja zadovoljstva i kvaliteta života starih osoba. *Biomedicinska istraživanja*, 11(2), 126-135. <https://doi.org/10.7251/BII2002126E>

Endicott, J., Nee, J., Harrison, W. i Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacol Bull*, 29(2), 321-326.

Engberg E., Alen M., Kukkonen-Harjula K., Peltonen J.E., Tikkanen H.O., Pekkarinen H. (2012). Life events and change in leisure time physical activity: A systematic review. *Sports Medicine*, 42(5), 433–47. <https://doi.org/10.2165/11597610-000000000-00000>

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., i Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3, 343–353. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00767-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00767-7)

Fratiglioni, L., Wang, H.-X., Ericsson, K., Maytan, M., i Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355, 1315–1319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)

Gow, A. J., Whiteman, M. C., Whalley, L. J. i Deary, I. J. (2007). Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Social Support and Successful Aging. Journal of Individual Differences*, 28(3), 103–115.

<https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.103>

Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)

Hatch L. R. (1999). *Beyond Gender Differences: Adaptation to Aging in Life Course Perspective*. Baywood Publishing Company.

Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8–13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>

Hellstrom, Y., Persson, G. i Hallberg, I. R. (2004). Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 584-593. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03247.x>

Ilić, B. i Županić, M. (2014). Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 10(37), 22–44.

Insinga, R. P. i Fryback D. G. (2003). Understanding differences between self-ratings and population ratings for health in the EuroQOL. *Quality of Life Research*, 12, 611–619.

Jang Y., Mortimer J. A., Haley W. E., Borenstein Graves A. R. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: Its significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 266-278. <https://doi.org/10.1177/0733564804267579>

Katilović, M. (2021). *Percepcija socijalne podrške povezane sa sociodemografskim obilježjima kod osoba starije životne dobi*. Neobjavljeni diplomski rad. Osijek: Sveučilište Josip Juraj Strossmayer.

Kinkela, D., Đonlić, V. i Moretti, V. (2008). Cjeloživotno tjelesno vježbanje za održivi razvoj. *Zbornik radova Međunarodne konferencije: Cjeloživotno učenje za održivi razvoj*.

Klarin, M. i Telebar, I. (2019). Zadovoljstvo životom i procjena zdravlja u osoba starije životne dobi. *Medica Jadertina*, 49(1), 5-13.

Kline, R. B. (2005). *Methodology in the social sciences. Principles and practice of structural equation modeling*. The Guilford Press.

Krizmanić M i Kolesarić, V. (1989). Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". *Primijenjena psihologija*, 10, 5-11.

Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1992). *Priručnik za primjenu Skale kvalitete življenja*. Naklada Slap.

Lemon, B. W., Bengtson, V. L. i Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511–23. <https://doi.org/10.1093/geronj/27.4.511>

Lepan, Ž. i Leutar, Z. (2012). Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Socijalna ekologija*, 21(2), 203-2023.

Lešić, D., Grgić, A. i Marić, S. (2020). Vježbanje i kvaliteta života kod žena starije dobi. *Physiotherapia Croatica*, 18(1), 167-172.

Longino, C. F. i Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: A formal replication. *Journal of Gerontology*, 37(6), 713–22. <https://doi.org/10.1093/geronj/37.6.713>

Lindsay Smith, G., Banting, L., Eime, R., O'Sullivan, G. i Van Uffelen, J. G. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 1-21. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8>

Liotta, G., Emberti Gialloreti, L. i Marazzi, M. C. (2022). Pro-active monitoring and social interventions at community level mitigate the impact of coronavirus (COVID-19) epidemic on

older adults' mortality in Italy: A retrospective cohort analysis. *PLoS One*, 17(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261523>

Lovreković, M. i Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 19, 55-79.

Macionis, J. (2007). *Sociology*, 11th edition. Pearson Education.

Maček, Z., Balagović, I., Mandić, M., Telebuh, M. i Benko, S. (2016). Fizička aktivnost u zdravom i aktivnom starenju. *Physiotherapia Croatica*, 14(1), 146-148.

Marinović Glavić, M., Mandić, A., Juraga, D., Vasiljev, V., Rukavina, T. i Bilajac, L. (2020). Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi. *Medica Jadertina*, 50(4), 285-291.

McAuley, E., Blissmer, B., Katula, J., Duncan, T. E. i Mihalko, S. L. (2000). Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *The Society of Behavioral Medicine*, 22(2), 131-139. <https://doi.org/10.1007/BF02895777>

Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Chea, M., i Goldberg, M. (2003). Social relations and self-reported health: A prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1817–1830. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00181-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00181-8)

Milosavljević, L. (2011). Upravljanje vremenom i njegovo vrednovanje kod starijih pripadnika društva. *Antropologija*, 11(1), 143-159.

Mužinić, R. i Žitnik, E. (2007). *Kvaliteta života starijih osoba: rezultati istraživanja*. Udruga Mi.

Naudé, B., Rigaud, A. S. i Pino, M. (2022). Video Calls for Older Adults: A Narrative Review of Experiments Involving Older Adults in Elderly Care Institutions. *Front Public Health*, 9, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.751150>

Nestor, P. B. (2012). Functional ability, participation in activities and life satisfaction of the older people. *Asian Social Science*, 8(3). <https://doi.org/10.5539/ass.v8n3p75>

Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H. i Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: Do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science and Medicine*, 59, 2259–2270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.024>

Parker, S. J., Strath, S. J. i Swartz, A. M. (2008). Physical activity measurement in older adults: Relationships with mental health. *Journal of Aging and Physical Activity*, 16(4), 369-380. <https://doi.org/10.1123/japa.16.4.369>

Paterson C. (2010). Quality of life measures. *British Journal of General Practice*, 60(570), 53. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X482121>

Pečjak, V. (2001). *Psihologija treće životne dobi*. Prosvjeta, Zagreb.

Peter, W. F. H. (2015). *Physiotherapy in hip and knee osteoarthritis: evidence and daily practice*. Neobjavljeni diplomski rad. Leiden University.

Phillipson, C. (1997). Social Relationships in Later Life: A Review of the Research Literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 505–512. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199705\)12:5<505::AID-GPS577>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199705)12:5<505::AID-GPS577>3.0.CO;2-Q)

Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M. i Cartwright, F. (2010). A two--factor model of successful aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(6), 671–679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>

Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M. i Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50(6), 821- 833. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq041>

Repke, M. A i Ipsen C. (2020). Differences in social connectedness and perceived isolation

among rural and urban adults with disabilities. *Disability and Health Journal*, 13(1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2019.100829>

Robinson, J., Werner, P. i Godbey, G. (1997). Freeing up the golden years – older people have more time available for discretionary activities. *American Demographics*, 20, 22-24.

Rowe, J. W. i Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

Ryff, C. D. (1995), Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>

Sheppard, L., Senior J., Park C., H., Mockenhaupt R., Chodzko-Zajko W. i Bazzarre T. (2003). The National Blueprint Consensus Conference summary report: strategic priorities for increasing physical activity among adults aged ≥ 50 . *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 209-213. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(03\)00185-5](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(03)00185-5)

Smojver-Ažić, S. (2018). Odnos između aktivnosti i dobrobiti u starijoj dobi. U: Brajša-Žganec, A ; Penezić, Z. ; Tadić Vujčić, M. (Ur.). *26. godišnja konferencija hrvatskih psihologa: Kvaliteta života kroz životni vijek: izazovi i preporuke*. Knjiga sažetaka. Sv. Martin na Muri: HPD, str. 41-41.

Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A. i Ding D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journals*, 376. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>

Tabachnick, B. G. i Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. Pearson Education.

Tačković, S. (2021). *Utjecaj samačkog načina života na pojavnost depresivnosti simptoma te kvalitetu života i životnog zadovoljstva u osoba 3. životne dobi*. Neobjavljen diplomski rad. Osijek: Sveučilište Josip Juraj Strossmayer.

Tomek-Roksandić, S. (1999). *Zašto zaštita zdravlja starijih ljudi. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999*. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, Zavod za javno

zdravstvo Grada Zagreba - Centar za gerontologiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu i Hrvatski liječnički zbor.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., i Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488>

Victor, C. R., Scambler, S., Bond, J. i Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10(4), 407–17. <https://doi.org/10.1017/S0959259800104101>

Vuletić, G. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Hrvatska zaklada za znanost. Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.

Vuletić, G. (2013). Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, 7, 213–222.

Vuletić, G. i Stapić, M. (2013). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*, 6(1-2), 45-61.

Ware, Jr., J. E., Brook, R. H., Davies, A. R. i Lohr, K. N. (1981). Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of public health*, 71(6), <https://doi.org/620-625>. 10.2105/ajph.71.6.620

World Health Organization (1998). *Ageing and Health Programme. Growing older-staying well: Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva, Switzerland.

Yang, Y. (2004). The role of social engagement in life satisfactions: It's significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 9, 266-78. <https://doi.org/10.1177/0733564804267579>

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S.G. i Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 20-41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Žganec, N., Rusac, S. i Laklija, M. (2007). Trendovi skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija socijalne politike*, 15, 171-188.
<https://doi.org/10.3935/rsp.v15i2.743>