

Kvaliteta života osoba treće životne dobi

Kuzma, Dajana

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:186:098799>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-11**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FILOZOFSKI FAKULTET U RIJECI
ODSJEK ZA PEDAGOGIJU

KVALITETA ŽIVOTA OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI

Diplomski rad

IME I PREZIME STUDENTA: Dajana Kuzma

STUDIJ: Jednopedmetni studij pedagogije

MENTOR: prof. dr.sc. Anita Zovko

Rijeka, 2016. godina



Posvećeno mojoj baki Luizi.

Sadržaj

KVALITETA ŽIVOTA OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI

1.	UVOD.....	1
1.1.	Pregled područja psihologije starenja	1
1.1.1.	Korak u povijest	2
1.1.2.	Psihologija starenja i gerontologija	3
1.1.3.	Starenje, starost i treća životna dob	4
1.1.4.	Vrste starosti	6
1.2.	Teorije starenja.....	7
1.2.1.	Biološke teorije starenja.....	8
1.2.2.	Sociološke teorije starenja	8
1.2.3.	Psihološke teorije starenja	9
1.2.4.	Ostali teorijski pristupi	13
1.3.	Umirovljenje	15
1.3.1.	(Ne) prilagodba na umirovljenje	16
1.3.2.	Faze umirovljenja	18
1.4.	Domovi za starije i nemoćne osobe.....	19
1.5.	Kvaliteta života	23
1.5.1.	Razvoj koncepta kvalitete života kroz povijest	23
1.5.2.	Definicije kvalitete života	24
1.5.3.	Teorije i modeli kvalitete života	26
1.5.4.	Pristupi u mjerenju kvalitete života	29
1.5.5.	Pokazatelji kvalitete života	32
1.5.6.	Rezultati istraživanja kvalitete života	36
2.	PREDMET, CILJ I ZADACI ISTRAŽIVANJA.....	40
2.1.	Predmet istraživanja	40
2.2.	Cilj istraživanja	40
2.3.	Temeljno istraživačko pitanje	40
2.4.	Posebna istraživačka pitanja.....	40
2.5.	Svrha istraživanja	41
2.6.	Hipoteze.....	41
2.7.	Identifikacija, klasifikacija i operacionalizacija varijabli.....	41

3. METODOLOGIJA	44
3.1. Populacija i uzorak.....	44
3.2. Metode prikupljanja podataka	44
3.3. Instrument i postupci prikupljanja podataka	45
3.4. Obrada podataka	46
4. REZULTATI I INTERPRETACIJA	48
5. ZAKLJUČAK	74
6. SAŽETAK	75
7. POPIS PRILOGA.....	76
7.1. Anketni upitnik	76
8. LITERATURA.....	80

1. UVOD

U svijetu se iz dana u dan povećava udio starijeg stanovništva. Razlog tomu jesu sve bolji uvjeti života na Zemlji i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene skrbi koja produljuje životni vijek. U 20. stoljeću je dužina života iznosila oko 47 godina, a danas za muškarce iznosi 74 godina, a za žene 79 godina. Predviđa se da će do 2030. godine broj starijih osoba u Europi i Sjevernoj Americi udvostručiti, a u Africi, Kini i Indiji čak učetverostručiti (Akrap:1999 prema Despot-Lučanin:2008). Starenje je stoga postalo jedno od najvažnijih pitanja, a možda i problema današnjice. Povećani udio stare populacije vidljiv je u svim sektorima, od gospodarstva pa do zdravstva. Zemlje diljem svijeta razvijaju različita rješenja, planove i aktivnosti za skrb nad rastućom starom populacijom (Jacob, Pearson: 2013). Iako se na starost gleda kao individualni fenomen, često se naglašavaju i zajedničke karakteristike starenja. Time se nastoji zadovoljiti potrebe starije populacije i planirati različite oblike pomoći onima kojima je to potrebno. Zadovoljavanjem tih potreba podiže se kvaliteta života u starosti, a samim time i produžuje životni vijek. U nastavku su prikazani osnovni pojmovi vezani za starost i starenje te kvalitetu života osoba treće dobi.

1.1. Pregled područja psihologije starenja

„Četvrtinu svog života provedemo u rastu, a tri četvrtine u starenju“. Bromley, D.B.

Dugo se vremena smatralo da se osobnost formira promjenama u djetinjstvu i adolescenciji, a kad „odrastemo“ više nema promjena. Znanstvenici su se najviše usmjeravali na djetinjstvo kao razdoblje naglih promjena, zrelost se smatrala razdobljem *status-a quo*, a starost kao razdoblje otpadanja životnih funkcija. Na različite promjene u razvoju i ponašanju gledalo se kao na bolest ili poremećaj. Nakon dužeg razdoblja razvoja znanstvenih disciplina i područja, razdoblje starosti počelo je dobivati na značaju. Tako se postepeno razvijala psihologija starenja. Psihologija starenja dio je razvojne psihologije koji se bavi proučavanjem psihičkih

promjena u funkciji dobi. Ova grana psihologije proučava promjene koje se sa starenjem pojavljuju u kognitivnim i izvršnim funkcijama, emocijama i motivaciji te u socijalnim odnosima. Ciljevi psihologije starenja jesu:

- objasniti zakonitosti procesa starenja,
- razviti odgovarajuće istraživačke metode za proučavanje procesa starenja,
- primijeniti znanja o starenju i starosti u poboljšanju kvalitete života u starosti (Galić, Tomasović Mrčela: 2013).

1.1.1. Korak u povijest

Psihologija starenja razvijala se još prije početka znanstvene psihologije. Starenje kao fenomen interesa ljudi postoji od početka čovječanstva. Neki teoretičari smatraju da povijest problema starenja pronalazimo još u razdoblju antičke Grčke, Rima i Kine. Na starenje se u srednjem vijeku gledalo kao na kamen mudrosti i tragalo se za eliksirom mladosti – sve kako bi ljudi bili bogati i mladi. Prva knjiga o starenju se javila u Belgiji 1835. pod naslovom *O čovjeku i o razvoju njegovih moći*, a prvi sistematski pregled psihologije starenja dao je američki psiholog Hall 1922. u knjizi *Starost*. Autor je isticao kako starost nije regresija u ranija životna razdoblja i naglašavao je kako među starima postoje velike individualne razlike. Tridesetih godina prošloga stoljeća počinje nagli razvoj psihologije starenja. Neki od najpoznatijih stručnjaka ovog područja bili su: Buhler Charlotte, Jones, H. Thurstone, L.L. Bayley, Nancy, Anderson, J. Dennis, W. Erikson i dr.

U drugoj polovici 20. stoljeća zabilježen je nagli porast broja znanstvenih radova u području psihologije starenja. 1975. i 1976. je u jednom poznatom psihološkom časopisu objavljeno čak osam doktorskih disertacija, napisano 13 knjiga, objavljeno 103 istraživanja i 124 radova na tu temu (Smiljanić:1979).

Porast zanimanja za psihologiju starenja može se sagledati iz tri perspektive:

- znanstvene – trud da se razotkrije učinak vremena na živim organizmima
- osobne – ljudi sve više teže razumijevanju vlastitog razvoja i promjena u skladu s dobi
- društvene – zbog sve većeg broja starih ljudi raste potreba za planiranjem različitih oblika socijalne skrbi (Despot – Lučanin: 2003).

Tako se iz dana u dan psihologija starenja širila sve do danas. U novije vrijeme, gotovo je nemoguće nabrojati razne znanstvene radove ovoga područja. Međutim, psihologija starenja se i danas smatra zanemarenom. To zanemarivanje ne odnosi se toliko na znanstveno područje, koliko na same pojedince treće životne dobi. Oni su često izbačeni iz društvenih zbivanja, zanemarene su njihove fizičke i psihičke potrebe te se na njih gleda sa mnoštvom predrasuda. Iz ovih se razloga, današnja istraživanja moraju više usmjeriti na planiranje različitih oblika pomoći i potpore starijem stanovništvu.

1.1.2. Psihologija starenja i gerontologija

Budući da se iz dana u dan širilo zanimanje za fenomen starosti i njezino istraživanje, javila se potreba za okupljanjem rezultata provedenih istraživanja u jednu opširniju znanstvenu disciplinu - gerontologiju. Gerontologija je interdisciplinarna znanost usmjerena na proučavanje promjena tijekom starenja (Galić, Tomasović Mrčela: 2013). Riječ gerontologija potječe od latinskih riječi *gerontos*- starac i *logos*-znanost. Gerontologija je multidisciplinarna znanost o biološkim procesima starenja, psihičkim i fizičkim svojstvima organizma te društvenim problemima starijih (Stevanović: 2009). Termin gerontologije je prvi upotrijebio 1903. godine biolog Elie Metchnikoff Pasteurevog instituta u Parizu. Ta znanstvena disciplina pokušava odgovoriti na dva pitanja: kako doživjeti starost i što učiniti da starost bude kvalitetan dio života svakog pojedinca. Ona obuhvaća više znanstvenih poddisciplina koje proučavaju fenomen starosti i starenja (Brajković: 2010). Psihologija starenja samo je dio opširnog područja gerontologije. Gerontologija se dijeli na tri područja:

1. Biološku gerontologiju - koja proučava biološke osnove starenja organa i organskih sustava. Ovo se područje gerontologije još naziva i medicinska gerontologija ili gerijatrija.
2. Psihološku gerontologiju - koja istražuje psihičke promjene u starosti
3. Socijalnu gerontologiju – koja proučava društvene odnose između starijih ljudi i društva općenito.

Od sva tri navedena dijela gerontologije, posebna se pažnja pridaje upravo psihološkoj gerontologiji. Naime, starenjem pojavljuju se trajne promjene na području osjeta, percepcije, motorike, učenja i pamćenja, inteligencije pa čak i osobnosti. Te promjene značajno utječu na svakodnevno funkcioniranje osoba treće dobi i ometaju njihova ustaljena ponašanja i

aktivnosti. Psihološku gerontologiju definiramo kao granu gerontologije koja se bavi proučavanjem psihičkih promjena u funkciji dobi. Ona je sastavni dio razvojne psihologije usmjeren na proučavanje posljednje razvojne faze u životu čovjeka (Stevanović, 2009). Osim proučavanja psihičkih promjena, psihološka gerontologija naglašava važnost socijalne interakcije pojedinaca i utjecaj na njihovo psihičko stanje. Konkretnije rečeno, ovo je područje posebno usmjereno na probleme vezane uz uvjete obiteljskog života starih ljudi i promjene socijalne uloge (umirovljenje, bolest, predrasude, usamljenost)(Stevanović, 2009).

1.1.3. Starenje, starost i treća životna dob

Unutar psihologije starenja postoje pojmovi koji se teže definiraju, odnosno razlikuju. Najveće poteškoće u razlikovanju čine određenja pojmova starosti, starenja te njihovih vremenskih granica. Često se *starenje* i *starost* smatra sinonimima i njihovu razliku uopće ne primjećujemo. U psihološkoj se literaturi zbog velikog broja nesistematiziranih podataka izbjegava definiranje starosti. Starost, međutim, označava posljednje razdoblje u životu čovjeka kojeg karakterizira propadanje organizma i sposobnosti čovjeka (Leutar, Lovreković: 2010). Autorica Despot – Lučanin (2003) navodi kako se starost može definirati s obzirom na više faktora:

- kronološku dob (nakon 65. godine života),
- socijalnu ulogu (nakon umirovljenja),
- funkcionalni status (nakon pada sposobnosti).

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije starost se dijeli u tri razdoblja: starije osobe u dobi od 60 do 75 godina, stare osobe u dobi od 76 do 90 godina te veoma stare osobe iznad 90 godina života (Leutar, Lovreković: 2010). Drugi autori na različite načine pomiču granice starosti pa tako Rockwood i Mitnitski (2011 prema Dharmo i Kocollari: 2014) definiraju starost kao: ranu starost (60 do 69), srednju starost (70 do 79) i duboku starost (80+). Starost se u literaturi često naziva i trećom životnom dobi. Treća životna dob obuhvaća posljednju trećinu ili četvrtinu života ovisno o tome gdje postavimo granicu (Pečjak: 2001).

Starenje je, za razliku od starosti, proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi. Jedna od opširnijih definicija starenja navodi da je starenje propadanje zrelog organizma. Taj se proces odvija kao posljedica vremenski ovisnih i nepovratnih promjena

koje su urođene svim članovima neke vrste. Članovi s vremenom postaju sve nesposobniji suočiti se sa stresom te im se tako povećava vjerojatnost smrti (Handler: 1960. prema Galić, Tomasović Mrčela: 2013). Autor Birren (1990) starenje definira kao pravilne promjene reprezentativnih organizama u reprezentativnoj okolini na koje utječe vrijeme. Slična definicija opisuje starenje kao svaku vremenski ovisnu promjenu sustava (Yates: 1996). Ta promjena može biti dobra, loša ili neutralna (Despot – Lučanin: 2003). Starenje nema vremenskih granica i ovisi o individualnim čimbenicima pojedinca: genetici, stilu života i zdravlju. U procesu starenja dolazi do pada životnih funkcija, snage, brzine i općenito slabljenja organizma.

Autor Baltes i suradnici (1980) objašnjavaju promjene u starenju kroz tri vrste utjecaja:

1. *Dobno normativni utjecaji* - čine faktori razvoja koji su u visokoj mjeri povezani s kronološkom dobi. Ti utjecaji mogu biti biološki (klimakterij), ali i socijalni (umirovljenje).
2. *Povijesno normativni utjecaji* - okolinski su čimbenici koji u određenom povijesnom trenutku snažno djeluju na pojedinca. Ti čimbenici mogu različito djelovati na svakog pojedinca. U njih ubrajamo ekonomsku krizu, epidemije i bolesti, rat i dr.
3. *Nenormativni utjecaji* - su oni faktori koji nisu ničime uvjetovani, ali na pojedincu ostavljaju dubok fizički ili psihički trag kao primjerice teška bolest, smrt, dobitak na lutriji, razvod i sl.

Dakle, zaključujemo da je starost životno razdoblje povezano s kronološkom dobi, dok je starenje progresivan proces smanjenja strukture i funkcije organizma (Brajković: 2010).

Budući da se često naglašavaju biološke promjene dobi, autori Mužinić i Žitnik (2007) opisuju *teoriju akumulacije pogrešaka* prema kojoj se u stanicama vremenom nakupljaju genetske greške. Sve se stanice, osim živčanih, obnavljaju te bi nove trebale biti iste kao i prethodne. Ljudi bi tako uvijek izgledali i funkcionirali u punoj snazi. Međutim, zbog utjecaja raznih vanjskih faktora dolazi do pogrešaka u stvaranju novih stanica, a njihova je posljedica starenje organizma i gubitak nekih funkcija.

Kod navedenih definicija starosti i starenja, neki autori propituju često naglašavanu povezanost kronološke dobi i starenja. Naime, oni smatraju da poistovjećivanje starosti, starenja i kronološke dobi pojedinca nije precizan pokazatelj starenja jer je starenje

individualan proces definiran biološkim, psihološkim i društvenim čimbenicima. Autori Sanderson i Scherbov (2008) u prilog tome navode koncept dobi koji se ubrzano mijenja i postaje složeniji. Pojedinci žive duže i njihov je stil života znatno promijenjen. Primjerice, u 19. st. u Europi samo je manji dio stanovnika živio do šezdesete godine života. Oni koji su doživjeli tu dob smatralo se starima, dok se danas šezdesetogodišnjake sve više smatra kao osobe „srednje dobi“. Razlog tomu jest ponašanje i prilagođavanje osoba društvenim očekivanjima. Tako se primjerice, šezdesetogodišnjaci u nekim područjima života više ponašaju kao nekada pedesetogodišnjaci ili četrdesetogodišnjaci. Zbog navedenog, teško je sa sigurnošću odrediti kada počinje starost (Bara, Podgorelec: 2015).

1.1.4. Vrste starosti

Govoreći o starenju, nailazimo na različite podjele vrsta starosti i starenja. Većina se autora slaže oko podjele starosti na tri područja: biološku, psihološku i socijalnu. Neki od njih su i autori Leutar i Lovreković (2010).

Na *biološkoj razini* osoba može biti puno starija ili mlađa od svoje dobne skupine. To nam objašnjava određenje starenja kao izrazito individualnog procesa koji ne zahvaća istovremeno sve organske sustave. Time kod svakog čovjeka izaziva druge poteškoće i gubljenje funkcija. Vremenski se starenje može odvijati brzo ili sporo. Autori Mišigoj-Duraković i Duraković (1999) biološku starost definiraju kao individualnu sposobnost organizma da se adaptira na uvjete okoline, najčešće izražene izdržljivošću, jakošću, fleksibilnošću, koordinacijom i radnim kapacitetom. Također, dolazi do regresivnih promjena koje se događaju na biološkoj razini kao: usporavanje reakcije na vanjske podražaje, smanjenje otpornosti organizma, elastičnosti tkiva, povećanje krhkosti kostiju i brojne druge. Sve te promjene uzrokuju veću opasnost od drugih oboljenja i nezgoda u svakodnevnom funkcioniranju. Biološku je starost moguće prepoznati i izvana. Ona uključuje vidljive znakove poput: sijede kose, naboranosti lica i tijela, isušivanja kože, krivo držanje i dr.

Druga vrsta starosti jest *psihološka*. Autori Defilipis i Havelka (1984) psihološku starost definiraju kao mogućnost prilagodbe pojedinca promjenama u životnoj okolini s naglaskom na psihičkim funkcijama. Starenjem dolazi do promjena u kognitivnom funkcioniranju stare osobe. Promjene koje su najviše praćene jesu one koje uključuju pamćenje i inteligenciju

starih osoba. Tako se starije osobe često navode kako one koje otežano pamte nove sadržaje, zaboravljaju podatke, gube predmete i dr. Osim toga, starije osoba postaju emocionalno osjetljivije, s posebnim naglaskom na žensku populaciju (Cartensen i sur.:1991).

Posljednja vrsta starosti jest *socijalna starost* koja se odnosi na izmijenjene socijalne uloge pojedinca u društvu. Iz definicije starenja kao procesa napuštanja dosadašnjih društvenih uloga i preuzimanja onih primjerenih dobi uočava se naglasak na upravo ovom segmentu starosti – socijalnoj isključenosti. Dakako, socijalna isključenost nije uvijek prisutna u jednakoj mjeri kod svih osoba. Neke osobe u svojim starim danima ostaju društveno vrlo aktivne. Dokazana je uska povezanost socijalne starosti i kronološke dobi, iako i biološka i psihološka nisu nezavisne od kronološke starosti. Društvo često postavlja norme i različita očekivanja socijalne okoline o ponašanju osobe određene dobi i stvara pritisak da se osoba ponašaju skladu sa svojim godinama. Autor Neugarten (1968) ovu pojavu naziva *socijalni sat*. Ta pojava uključuje svjesnost ljudi o tome kad je vrijeme da završe školovanje, zasnuju brak, imaju djecu ili neko drugo vremenski uvjetovano ponašanje. Termin socijalna starost Hrvatskoj obuhvaća osobe iznad 65. godine života. Tada se ljudi umirovljuju, odnosno prelaze iz faze radničke klase u umirovljenika. U Hrvatskoj je ta faza umirovljenja popisana zakonom, a primjenjuje se u više zemalja (Leutar, Lovreković: 2010).

Osim ove uobičajene podjele starosti, autor Lemme (1980 prema Despot – Lučanin: 2003) razlikuje dvije vrste starenja: primarno i sekundarno. Primarno starenje naziva se i fiziološko starenje ili senescencija. Ono se odnosi na fiziološke procese koji su određeni unutarnjim i biološkim faktorima kao primjerice menopauza žene ili slabije pamćenje. Sekundarno starenje podrazumijeva posljedice vanjskih promjena na organizam u koje spadaju bolest i razni okolinski utjecaji. Te su promjene uglavnom ovisne o pojedincu i okolini, stoga se sekundarno starenje može smatrati više individualim nego primarnim.

1.2. Teorije starenja

„Mlad umire koga bogovi vole“. Antička izreka

Osim navedenih podjela starosti, znanstvenici koji se bave područjem treće životne dobi svoja su tumačenja o starosti opisali u sklopu različitih teorija starenja. Budući da ne postoji

jedna sveobuhvatna teorija u kojoj bi se svi empirijski podaci o starenju mogli jednostavno prikazati, javila se potreba za razvojem različito usmjerenih teorija starenja. Teorije starenja moguće je kategorizirati u tri temeljne skupine s obzirom na perspektivu koju zauzimaju. Riječ je o biološkim, sociološkim i psihološkim teorijama starenja.

1.2.1. Biološke teorije starenja

Cilj biološke teorije jest objasniti uzroke i proces starenja na razini stanica, organa i organizma (Despot-Lučanin: 2003). Starenje tumače kao dio genetskog sustava gdje postoji genetski plan starenja određenog sustava. Svi pozitivni i negativni utjecaji okoline na organizam mogu na različite načine ubrzati ili usporiti taj proces, s time da i dalje genetika određuje većinu toga (Galić, Tomasović-Mrčela: 2013). Biološke teorije starenja mogu se podijeliti u dvije temeljne skupine: programirane teorije starenja i stohastičke (Perlmutter, Hall: 1992 prema Despot-Lučanin: 2003).

Programirane teorije starenja (nazivaju se još i razvojne ili genetičke) navode kako je starenje ugrađeno u genetski sustav i ono se odnosi na propadanje različitih funkcija organizma koji se aktivira nakon razdoblja zrelosti. Promjene se odražavaju u opadanju različitih funkcija organizma od metaboličkih procesa do imunološkog sustava.

Stohastičke ili slučajne teorije starenja govore kako je proces starenja rezultat akumuliranih oštećenja koja su posljedica događaja iz svakodnevnog života. Oni mogu biti izazvani vanjskim (bolestima, ozljedama, štetnim tvarima) i unutarnjim faktorima (promjenama molekula proteina, promjenama DNA i dr.). Međutim, bez obzira na velik broj bioloških teorija, ni jedna od njih nije dala potpuno objašnjenje kako ljudski organizam stari i umire (Despot - Lučanin: 2003).

1.2.2. Sociološke teorije starenja

Kako se može naslutiti iz naslova, sociološke ili društvene teorije starenja nastoje objasniti starenje pojedinca kroz njegovu interakciju s okolinom. Sociološke teorije objašnjavaju utjecaje društva i kulture na starenje pojedinca, ali i utjecaje starenja pojedinca na društvo. Tri glavne skupine socioloških teorija jesu:

- Socijalne makro teorije - starenje tumače iz opće perspektive demografskih i socioloških promjena kojima su izloženi pojedinci. Neke od teorija ove skupine jesu: strukturalizam, teorija modernizacije, teorija interesnih grupa i druge.
- Socijalne mikro teorije - objašnjavaju starenje na razini uloge pojedinca koje mu dodjeljuje društvo. U ovu skupinu spadaju teorija uloga, teorija razmjene, teorija kontinuiteta itd.
- Socijalne povezujuće teorije - opisuju povezanu socijalnu strukturu s pojedincem, kroz uzajamne interakcije u procesu starenja. One naglašavaju kako društvo može ojačati socijalnu aktivnost starijeg čovjeka, uskratiti mu je ili mu dodijeliti uloge na temelju njegove dobi. Teorije ove podskupine jesu: teorija aktiviteta, teorija isključenja, teorija dobne stratifikacije i dr. (Despot - Lučanin: 2003 prema Brajković: 2010).

Najpoznatija skupina socioloških teorija su socijalne povezujuće teorije. Njima se autori u novije vrijeme sve više bave. Poseban naglasak stavlja se na teoriju aktiviteta i teoriju isključenja. *Teorija isključenja* naglašava kako starenjem počinje povlačenje iz društva i napuštanje dotadašnjih društvenih uloga. Stari ljudi prema toj teoriji postaju pasivni na društvenom području na način da ne sudjeluju u događanjima. Opet treba naglasiti kako su razlike individualne i to ne mora vrijediti za svih. Ukoliko postoji kohezija i sklad između pojedinca i sredine, tada je proces socijalnog isključivanja uspješan. Njoj suprotna teorija jest *teorija aktiviteta*. Ova teorija govori kako su na starenje najbolje prilagođene osobe koje su i dalje aktivne. Te osobe i dalje zadržavaju intenzitet i vrstu aktivnosti kojima su se ranije bavile, već i dodaju nove aktivnosti u starijoj dobi. Kao i prethodna teorija i ova nije u mogućnosti objasniti brojne raznolikosti međusobnih odnosa starije osobe i njene okoline koje su definirane individualnim razlikama. Svaka starija osoba ima određene predispozicije da se ponaša na određeni način – one su rezultat njezina života i svih njezinih individualnih svojstava. To znači da će biti aktivna u mjeri kojoj sama odluči i koliko to fizički može.

1.2.3. Psihološke teorije starenja

Autorica Despot - Lučanin (2003) u svojoj knjizi *Iskustvo starenja* govori o različitim psihološkim teorijama starenja. Prije svega navodi kako su rezultati brojnih istraživanja u gerontologiji i psihologiji starenja kontradiktorni, odnosno ne postoje opće prihvaćena

slaganja autora oko psiholoških karakteristika osoba treće dobi. Ta kontradikcija podržava tezu da ne postoje zajednička i općenita pravila starenja koja se odnose na sve ljude. U skladu s time, istraživače psihologije starenja muče ova temeljna pitanja:

- Kako dolazi do organizacije ponašanja s vremenom?
- U kojim okolnostima dolazi do dezorganizacije ponašanja s vremenom (Despot - Lučanin: 2003) ?

U sklopu psihologije starenja javljaju se slijedeće teorije:

- Teorija životnog vijeka,
- Teorija tijeka ljudskog života C. Bühler,
- Razvojni zadaci R. Havighursta,
- Teorija psihosocijalnog razvoja E. Eriksona,
- Teorija životnog ciklusa D. Levinsona i druge.

U nastavku slijedi kratki prikaz navedenih teorija starenja.

Prva teorija jest *Teorija životnog vijeka*. U skladu s ovom teorijom, promjene koje se dešavaju u različitim razdobljima života su urođene i pripisane genetskim čimbenicima. Ti čimbenici upravljaju razvojem pojedinaca tijekom života na sličan način. Promjene do kojih dolazi su normativne i predvidljive. Osim toga, do promjena dolazi u skladu s kronološkom dobi pojedinca i odvijaju se pravilnim slijedom i za uspješan razvoj određenog razdoblja preduvjet kako bi se napredovalo u drugom razdoblju života.

Slijedeća teorija jest *Teorija tijeka ljudskog života* autorice Charlotte Bühler. Autorica Bühler je na temelju različitih biografija osoba treće dobi sastavila jedinstvenu teoriju, odnosno model tijeka ljudskog života koji je podijeljen u pet faza:

1. 0 - 15 godina - razdoblje djetinjstva kojeg obilježava progresivni rast pojedinaca,
2. 15-25 godina - razdoblje reprodukcije kod kojeg dolazi do početnog samoodređivanja ciljeva,
3. 25 -45 godina - razdoblje kulminacije gdje se konačno određuju ciljevi,
4. 45-65 godina - razdoblje opadanja reprodukcije za koje je karakteristično samoprocjenjivanje uspješnosti u postizanju ciljeva i
5. 65 i više godina - razdoblje opadanja gdje se analiziraju ostvareni ciljevi.

Ovaj model psihičkog razvoja kroz ljudski vijek usporedan je biološkom tijeku života, razvoja, rasta, stabilnosti i otpadanja. On se također odvija u skladu sa socijalnim procesima razvoja gdje se isprepliću aktivnost i postignuća pojedinca. Međutim, bez obzira na navedeno ovaj model govori o starenju i otpadanju funkcija iz općenite perspektive zbog čega nije dobro prihvaćen (Kimmel: 1990 prema Despot- Lučanin: 2003).

Autor Robert Havighurst, pionir socijalne gerontologije, u svojoj *Teoriji razvojnih zadataka* govori o izazovima starenja s kojima se susreću osobe treće dobi. Razvojni zadatak se definira kao najvažnije postignuće koje se zahtijeva od osobe u pojedinim životnim razdobljima (Lemme: 1995 prema Despot - Lučanin: 2003). Razvojni zadaci podrazumijevaju prilagodbu na:

1. opadanje tjelesne snage i zdravlja,
2. umirovljenje i smanjene prihode,
3. smrt supružnika i drugih bliskih osoba,
4. identifikaciju s dobnom skupinom ,
5. prihvaćanje specifične društvene uloge i
6. pronalaženje adekvatne okoline za život ili prilagodba na novu okolinu.

Autor uz ove teze naglašava oslobađanje starijih ljudi od obaveza te njihovo voljno ili nevoljno smanjivanje aktivnog sudjelovanja u društvu. Međutim, autor također navodi mijenjanje dosadašnjih aktivnosti novima - hobijima, rekreacijom i dr. Time se održava životni elan i motivacija starijih i smanjuje osjećaj nezadovoljstva i tuge (Brajković: 2010).

Jedna od psiholoških teorija starenja je i *Teorija psihosocijalnog razvoja* autora Erika Eriksona. Ovaj je autor proširio teoriju svog učitelja Freuda na čitav životni vijek čovjeka. Autor Erikson životni vijek čovjeka dijeli u osam faza razvoja (slika 1).

Slika 1: Razvojne faze prema E. Eriksonu (Brajković: 2010).

	Dob	Razvojna razdoblja i krize
1	0 – 1	<i>Povjerenje nasuprot nepovjerenju</i>
2	1 – 3	<i>Autonomija nasuprot sumnji</i>
3	3 – 6	<i>Inicijativa nasuprot krivnji</i>
4	6 – 11	<i>Produktivnost nasuprot inferiornosti</i>
5	11 – 20	<i>Identitet nasuprot konfuziji identiteta</i>
6	20 – 40	<i>Intimnost nasuprot izolaciji</i>
7	40 – 60	<i>Plodnost nasuprot stagnaciji</i>
8	60 – smrti	<i>Integritet nasuprot očajanju</i>

U svakoj od navedenih faza, osoba se suočava s krizom ili izazovom karakterističnim za to razdoblje života. Ishod tog izazova, govori autor, može biti pozitivan ili negativan ovisno o tome riješi li, odnosno ne riješi problem. Erikson, također, naglašava da osoba s više negativnih ishoda u prijašnjim razdobljima, kasnije ima teži razvoj. U tim fazama, autor starost označava kao osmi stadij razvoja kada osoba evaluira vlastiti život donoseći sud o njegovom kvalitetu. U skladu s time, osoba procjenjuje svoja životna postignuća, neuspjehe i cjelokupno zadovoljstvo životom. Time se stvara osjećaj integriteta ili očaja. Ono što stara osoba proživi u svom životu, omogućuje toj osobi da u osmom stadiju prihvati svoju prolaznost i izbjegava tugu i osjećaj prolaznosti. Međutim, bez obzira na prijašnje uspjehe, osjećaj da se smrt bliži može probuditi snažan osjećaj očaja. Očajanje će, kako autor, tvrdi prevladavati ako je čovjekov život bio pun nereda i bez smisla. Te karakteristike neće formirati mudrost koja označava krajnji cilj zrelosti i osjećaja cjelovitosti života. Očajanje može rezultirati depresijom zbog završetka života. Navedene psihološke promjene su zabilježene u većini slučajeva, ali ipak ostaje činjenica velike različitosti individualnog psihološkog funkcioniranja (Mužinić, Žitnik: 2007).

Posljednja teorija jest *Teorija životnog ciklusa D. Levinsona*. Autor Levinson svoju teoriju temelji na izmjeni faza stabilnosti i prijelaznih faza. U razdobljima stabilnosti pojedinac rješava svoje životne zadaće i ostvaruje zacrtane ciljeve, a u razdobljima prijelaza analizira, propituje i istražuje svoje ciljeve i aktivnosti. Levinson navodi slijedeće faze prijelaza:

- 17-22 godine - prijelaz rane odrasle dobi
- 28-33 godine - prijelaz tridesete godine

- 40-45 godine - prijelaz sredine života
- 50-55 godine - prijelaz pedesete godine
- 60-65 godine - prijelaz kasne odrasle dobi (Kimmel: 1990 prema Despot - Lučanin: 2003).

U skladu s navedenim fazama, autor definira starenje kao spremnost suočavanja s uspjesima i neuspjesima u ostvarivanju životnih ciljeva koji su ranije postavljeni. To znači da ako starija osoba u svojim razmatranjima procijeni da je ostvarila svoje životne ciljeve osjećat će se ispunjeno te će prihvatiti vlastito starenje i smrt. Međutim, ako osoba nije prilagođavala svoje ciljeve mogućnostima, shvatit će da je kasno za promjenu i javit će se osjećaj nezadovoljstva i očaja (Despot - Lučanin: 2003).

1.2.4. Ostali teorijski pristupi

Osim ranije navedenih psiholoških teorija starenja, u novije su se vrijeme javile teorije starenja koje se usmjeravaju na tumačenje prilagodbe ličnosti starenju. U nastavku će biti prikazane neke od tih teorija.

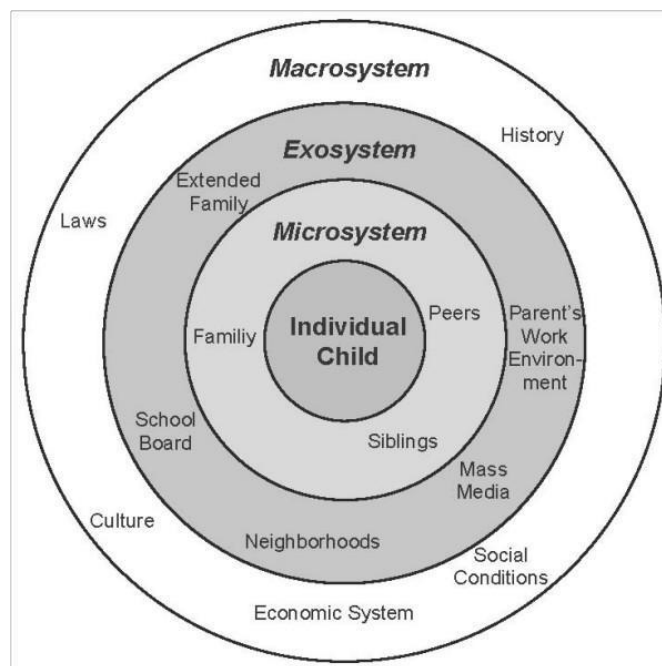
Jedna od teorija osobnosti je teorija autora Carla Rogersa. On u okviru svoje *fenomenološke teorije* tvrdi da se osobnost može razumjeti shvaćajući odnose neke osobe s okolinom. Naglašava da je izuzetno važan način na koji pojedinac osobno doživljava ono što se sada događa i kako to interpretira. Za prošlo iskustvo smatra se da nema važnost samo po sebi, nego je ono interpretacija pojedinca u sadašnjosti. Jednostavnije rečeno, starije osobe interpretiraju na sebi svojstven način njihovo stanje, starost, a prošli događaji ovise o njihovoj percepciji. Budućnost igra važnu ulogu u tome. Tako stariji ljudi razmišljajući o svojoj budućnosti, vide završetak života i njihovo tumačenje toga prouzrokuje brojne probleme. Predviđanje budućnosti u okviru optimizma ili pesimizma osobe važno je za adaptaciju i korištenje efikasnih strategija prilagođavanja u razvojnim razdobljima, uključujući i starenje (Mužinić, Žitnik: 2007).

Druga teorija koju valja spomenuti jest *kognitivna teorija prilagodbe starenju*. Sve dosadašnje teorije govore o važnosti prilagodbe starenju i promjenama do kojih dolazi u trećoj dobi. Kognitivna teorija starenja pak naglašava kako se kompletno starenje može definirati uz pomoć tri karakteristična procesa koji se odvijaju u tom razdoblju:

- Asimilacija - označava aktivno prilagođavanje kod kojeg osoba zadržava bavljenje istom aktivnošću s time da aktivnost prilagođava svojim mogućnostima i ograničenjima.
- Akomodacija - opisuje prilagođavanje ciljeva i razinu interesa određenima situacijama. To se odnosi na mijenjanje postojećih aktivnosti s aktivnostima koje su primjerene dobi.
- Imunizacija - predstavlja određeni otpor spram promjenama i odvija se na razini samoreprezentacije osobe. Tu dolazi do negacije informacija o sebi kako bi se osoba obranila od nesklada (Brajković: 2010).

Posljednja teorija jest *Teorija ekoloških sustava U. Bronfenbrennera*. Temelje ovoj teoriji postavio je njemački psiholog Kurt Lewin, a upotpunio je njegov nasljednik Urie Bronfenbrenner (Lemme: 1995 prema Despot-Lučanin: 2003). Ekološki model sustava govori o uzajamnoj povezanosti pojedinca i njegove bliže i šire okoline. Osoba se razvija u uzajamnom prilagođavanju odnosa između neposredne okoline u kojoj živi i šireg konteksta u kojem je okolina smještena. Autor navodi četiri temeljna podsistema u kojima osoba živi i djeluje: mikrosistem, mezosistem, egzosistem i makrosistem (slika 2). Mikrosistem uključuje obitelj kao najjači utjecaj na pojedinca. Mezosistem čini škola, posao i bliža okolina, a egzosistem šira obitelj i okolina s kojom pojedinac nije konstantno u doticaju. Najširi utjecaj na pojedinca čini makrosistem koji podrazumijeva lokalnu zajednicu, povijesne prilike okoline, politička uvjerenja, zakone i dr. Na svakoj navedenoj razini osoba stupa u odnose i aktivnosti koje su utemeljene na vlastitim i okolinskim uvjerenjima. U skladu s time, ako želimo razumjeti razvoj pojedinca, čak i njegovo starenje, moramo razumjeti interakcije između pojedinca uže i šire okoline (Despot - Lučanin: 2003).

Slika 2: Prikaz ekološkog modela Bronfenbrennera



1.3. Umirovljenje

„Kao što jedan dobro ispunjen dan donosi miran san, tako i dobro ispunjen život donosi sretnu smrt“. Smiljanić, V.

Uz prikaz različitih poimanja starosti, teorijskih utemeljenja i definicija starenja, neizbježno je spomenuti i umirovljenje - često shvaćeno kao društveni „izum“ suvremenog doba (Pečjak: 2001). Umirovljenje se u literaturi definira na različite načine. Autori Bara i Podgorelec (2015) smatraju da je umirovljenje jedno od glavnih tranzicijskih razdoblja u kasnoj odrasloj dobi i bitno utječe na obrasce svakodnevnih aktivnosti, društvene veze i ekonomske resurse. Osim toga, autori smatraju da umirovljenje iziskuje prilagodbu umirovljenika svojoj novoj ulozi, ali i članova njihovih obitelji. Pečjak (2001) na starost gleda kao na jedno od tri najstresnija događaja u trećoj životnoj dobi, uz odlazak posljednjeg djeteta iz obitelji i smrti bračnog partnera. Za razliku od toga, autorica Smiljanić (1979) umirovljenje promatra kao razdoblje zbrinjavanja starijeg stanovništva i humanog postupanja prema starima. Ono podrazumijeva financijsku sigurnost osoba koje su cijeli život radile i sada zaslužuju mirnu i bezbrižnu starost. Umirovljenje je tranzicijska životna faza koja traje nekoliko godina (Brajković: 2010).

Povijesno gledano, umirovljenje se formalno oblikovalo u industrijaliziranim zemljama krajem 19. i početkom 20. stoljeća, a svoju punu snagu ostvaruje u 20. stoljeću (Atchley: 1976. prema Bara, Podgorelec: 2015). Umirovljenje je svojim razvojem povlačilo brojna pitanja i argumente stručnjaka. U početku se na umirovljenje gledalo kao na neizbježan i nužan proces. Kasnije se javila ideja o tome u kojoj mjeri ono može negativno utjecati na život pojedinca. Paralelno toj ideji javlja se mišljenje kako je umirovljenje ipak pozitivan način rješavanje problema nezaposlenosti nekog društva. U najnovije vrijeme ističe se da postoji više načina umirovljenja te da ono može biti doživljavano na negativan i pozitivan način (Bara, Podgorelec: 2015). Više o tome u nastavku.

1.3.1. (Ne) prilagodba na umirovljenje

Uz navedene definicije umirovljenja treba spomenuti različite perspektive gledanja na ovo životno razdoblje. Naime, umirovljenje može djelovati pozitivno ili negativno na osobu treće dobi. Ono predstavlja "blagoslov" za ljude koji nisu voljeli svoj posao ili bolno iskustvo za one koje su u njemu uživali. Osim toga, umirovljenjem se povećava udio slobodnog vremena što također različito djeluje na pojedince. Nekima je slobodno vrijeme izvrstan način opuštanja, odmora ili bavljenja aktivnostima za koje nisu imali vremena ranije. Takve osobe imaju priliku upisati neki od programa učenja za osobe treće dobi na Sveučilištima za treću dob, u većim gradovima (Pečjak: 2001). Također, mogu pohađati različite kreativne tečajeve, tečajeve jezika, skupne rekreativne aktivnosti, izlete za umirovljenike i dr. Međutim, za druge osobe ta ista sloboda predstavlja razdoblje praznine, očaja i ne snalaženja bez svakodnevnih obaveza. To se javlja zbog eliminiranja starih ljudi iz društva i njihovih aktivnosti, nedovoljne brige o starima, usamljenosti i osjećaja manje vrijednosti. Umirovljenje predstavlja i stres zbog promjene financijskog statusa. Također, dokazano je da ljudi koji su radili ugodne poslove s razmjerno malo stresa teže podnose odlazak u mirovinu od onih koji obavljaju manje ugodne poslove s više stresa (Galić, Tomasović Mrčela: 2013).

Društvo na različite načine pokušava riješiti navedene probleme umirovljenja. Većina se zemalja zalaže za raniji odlazak u mirovinu kako bi se starije osobe mogle zasluženo odmoriti, ali i kako bi se oslobodila nova radna mjesta i time smanjila nezaposlenost. Osim toga, u prilog ranijeg ulaska u mirovinu navode i smanjenu produktivnost starih osoba te njihovu konzervativnost. Time njihov rad u zajednici gubi na kvaliteti i ranije umirovljenje predstavlja

logično rješenje (Smiljanić: 1979). Nadalje, rješenja po pitanju vremena i razloga umirovljenja starijih osoba važno su pitanje gospodarstva pojedinih zemalja. Osim pitanja ranijeg umirovljenja, javlja se i problem prisilnog umirovljenja. Autor Bačinić i sur. (2006) smatraju kako prisilno umirovljenje zanemaruje razlike među ljudima po pitanju njihovih sposobnosti, tjelesnog i mentalnog zdravlja te obiteljskih prilika. Ova vrsta umirovljenja ima bolje uklađene društvene i osobne razloge za umirovljenjem. Osim toga, budući da kod nas već duže vrijeme traje gospodarska kriza te prisilno i prijevremeno umirovljenje često je percipirano kao nenormativan i stresan životni događaj. U skladu s time, proces umirovljenja naših ljudi ima drugačije probleme od ljudi u stabilnim i ekonomski jačim društvima (Bačinić, Lacković, Penezić: 2006).

Autorice Galić, Tomasović Mrčela (2013) donose prikaz faktora zadovoljstva umirovljenjem. One smatraju da je zadovoljstvo u mirovini povezano s osjećajem kontrole događaja u vlastitom životu. Individualne razlike po pitanju zadovoljstva životom ovise o:

- crtama ličnosti,
- okolini i društvu te
- stavu prema društvu i kulturi.

Osim toga, autorice navode kako se za mirovinu spremnije osobe koje su:

- pozitivne ličnosti,
- optimisti,
- osobe koje su uz prijašnji posao imale i svoje slobodne aktivnosti (hobije) kojima su postizale emocionalno zadovoljstvo, ne samo novac,
- osobe koje imaju zadovoljavajuće bračne odnose i
- osobe kojima je raspoloživa socijalna podrška (Galić, Tomasović Mrčela:2013).

Kako bi se pokušalo izbjeći negativne efekte odlaska u mirovinu ponuđene su slijedeće smjernice prevencije koje uključuju:

- pripremu za mirovinu,
- dobar odnos s okolinom,
- izbor hobija i radne aktivnosti,
- organizirano slobodno vrijeme,
- prihvaćanje procesa starenja kao normalnog životnog tijeka,

- dobru prilagodbu i samostalnost u savladavanju životnih problema,
- institucionalnu organizaciju aktivnosti i
- rekreacijske institucije (Galić, Tomasović Mrčela: 2013).

Nakon prikaza ovih karakteristika uspješnog umirovljenja, zaključujemo da ono prvenstveno ovisi o samom pojedincu i njegovim osobnim karakteristikama.

1.3.2. Faze umirovljenja

Umirovljenje je već duže vrijeme u centru proučavanja stručnjaka područja treće životne dobi. Jedan od njih je i autor Atchley (1989) koji smatra da se proces umirovljenja može promatrati kao niz prilagodbi predstavljenih u sedam faza (prikaz 1).

Prikaz 1: Sedam faza umirovljenja prema Atchleyu (Bačinić, Lacković, Penezić: 2006).

1. Faza - pojavljuje se kad je umirovljenje još daleko u srednjoj odrasloj dobi kad osoba intenzivno radi, financijski je sigurna i uglavnom ne razmišlja o mirovini
2. Faza predumirovljenja - karakterizira je planiranje i aktivno razmišljanje o aktivnostima kojima će se osoba baviti u mirovini, završava umirovljenjem
3. Faza medenog mjeseca - to je razdoblje na samom početku umirovljenja kada se javlja pozitivna uzbuđenost jer osoba čini sve ono za što ranije nije imala vremena; ova je faza utemeljena na maštanjima prije umirovljenja o tome kakav bi trebao biti život u mirovini
4. Faza razočaranja - nakon faze medenog mjeseca slijedi razočaranje jer osobe ne ostvaruju svoje planove, osoba nema osjećaj produktivnosti koji je imala dok je radila
5. Faza reorijentacije - razočaranje ne traje zauvijek i osoba počinje s intervencijama u svoj život, reorganizira svoje aktivnosti kako bi ostvarila umirovljenički stil života
6. Faza stabilnosti - u ovoj fazi osoba evaluira svoj život prije i nakon umirovljenja, kod nekih se osoba javlja odmah nakon umirovljenja, stvaraju se dugoročniji planovi i aktivnosti koje će omogućiti ostvarenje tih planova
7. Terminalna faza - osoba više nije usmjerena na ulogu umirovljenika, zaokupljaju je druge stvari kao npr. bolest, sebe doživljava kao staru osobu kojoj se približava smrt

Ovih sedam faza umirovljenja autor Atchley preoblikuje u šest faza jer izbacuje prvu fazu. Također, naglašava da su faze zapravo samo okvir napretka pojedinca kroz mirovinu jer one se ne mogu univerzalno primijeniti na sve umirovljenike. Kao što je već više puta spomenuto u različitim kontekstima ovog rada, individualne razlike u iskustvu često remete različite zaključke autora koji pokušavaju primijeniti univerzalne zakone starenja na stariju populaciju. Pojedinci mogu djelomično odgovarati opisanim karakteristikama, ali ne nužno tim redoslijedom. Dakle, navedene faze ne moraju biti strogo vezane za kronološku dob pojedinaca kao što su to teorije razvoja (Bačinić, Lacković, Penezić: 2006).

1.4. Domovi za starije i nemoćne osobe

*„Kako je teško biti slab,
kako je teško biti sam,
i biti star, a biti mlad...“ Tin Ujević*

Starenje je često razdoblje kada osobe pri kraju svog života ostanu same. Brojna istraživanja ukazuju na tešku prilagodbu na samački život osoba treće dobi, pogotovo onih koji ostaju bez bračnog partnera (Poredoš: 2001). Biti sam postaje najveći problem onda kad se javi potreba za njegom i zdravstvenom brigom. Upravo zbog bliske veze između nesposobnosti i uznapredovale starosti demografski pomak prema starenju stanovništva uzrokuje porast broja onih kojima treba neka skrb ili potpora (Klempić, Podgorelec: 2007). Veliki broj starijih ljudi bolestan je ili ima barem određene smetnje zdravlja. Osobe koje su same, teže podnose i rješavaju svoje zdravstvene probleme iz praktičnih razloga: trebaju se odvesti liječniku, uzimati lijekove na vrijeme, voditi brigu o vlastitoj higijeni i higijeni prostora gdje žive te mnogim drugim stvarima. Nažalost, svi stariji ljudi nemaju osobu koju mogu nazvati u slučaju potrebe. Za sve navedeno i još mnoge razloge postoje takozvani domovi za starije i nemoćne osobe.

„Domovi za starije i nemoćne osobe pružaju skrb starijim i nemoćnim osobama izvan vlastite obitelji, a u sklopu stalnog smještaja osiguravaju cjelovitu skrb, koja obuhvaća stanovanje, prehranu, održavanje osobne higijene, brigu o zdravlju, njegu, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena“ (Fortuna, Šostar, 2009: 40). Također, domovi su nezamjenjive ustanove za zbrinjavanje starih osoba koji više nisu u mogućnosti brinuti o najosnovnijim životnim potrebama i nemaju pomoć svoje obitelji. Ti domovi pružaju osobama sa izuzetno

smanjenim fizičkim, psihičkim i materijalnim mogućnostima još uvijek dostojan život (Smolić-Krković:1974 prema Leutar, Lovreković: 2010). Osim toga, dom socijalne skrbi je javna ustanova koja se osniva kako bi se pokrile potrebe za skrbi izvan vlastite obitelji. Namijenjena je isključivo za odrasle osobe, starije i nemoćne. Domovi mogu pružati pomoć i usluge svojim korisnicima u obliku poludnevnog, cjelodnevnog, privremenog i povremenog boravka ili pomoći u kući.

Govoreći o domovima za starije i nemoćne osobe valja razlikovati četiri osnovne vrste: dom za starije kao ustanova, dom za starije bez osnivanja ustanove, obiteljski dom i udomiteljska obitelj.

1. Dom za starije osobe kao *javna ustanova* je dom socijalne skrbi koja se osniva za obavljanje skrbi izvan vlastite obitelji i u sklopu stalnog smještaja osigurava cjelovitu skrb starije osobe koja obuhvaća stanovanje, prehranu, održavanje osobne higijene, brigu o zdravlju, njegu, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena. Može biti organizirana kao poludnevni i cjelodnevni boravak.

2. Dom za starije *bez osnivanja ustanove* je vrsta organizirane skrbi izvan obitelji čiji je osnivač vjerska zajednica, udruga, jedinica lokalne samouprave, trgovačko društvo ili druga domaća ili strana pravna osoba.

3. *Obiteljski dom za starije* je oblik pomoći starim osobama koji se zasniva izvan obitelji za najmanje 5, a najviše 20 osoba. Takav se dom može ostvariti kao stalni, tjedni ili privremeni smještaj te cjelodnevni ili poludnevni boravak. U okviru smještaja uključuje usluge prehrane, njege i brige o zdravlju, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena. Usluge obiteljskog doma pružaju se u objektu u kojem živi predstavnik obitelji i članovi njegove obitelji. Iznimno, usluge obiteljskog doma mogu se pružati u drugom objektu, ako je objekt udaljen od objekta u kojem živi predstavnik obitelji i članovi njegove obitelji najviše 100 metara.

4. *Udomiteljska obitelj* je obitelj koja ima stambene, socijalne i druge uvjete koji omogućuju smještenoj osobi primjereno stanovanje, pravilnu ishranu, odmor, zadovoljavanje drugih potreba i interesa. Centar za socijalnu skrb prema mjestu prebivališta udomitelja ocjenjuje postojanje propisanih uvjeta i izdaje dozvolu za obavljanje udomiteljstva. U jednoj udomiteljskoj obitelji mogu biti smještene najviše četiri osobe.

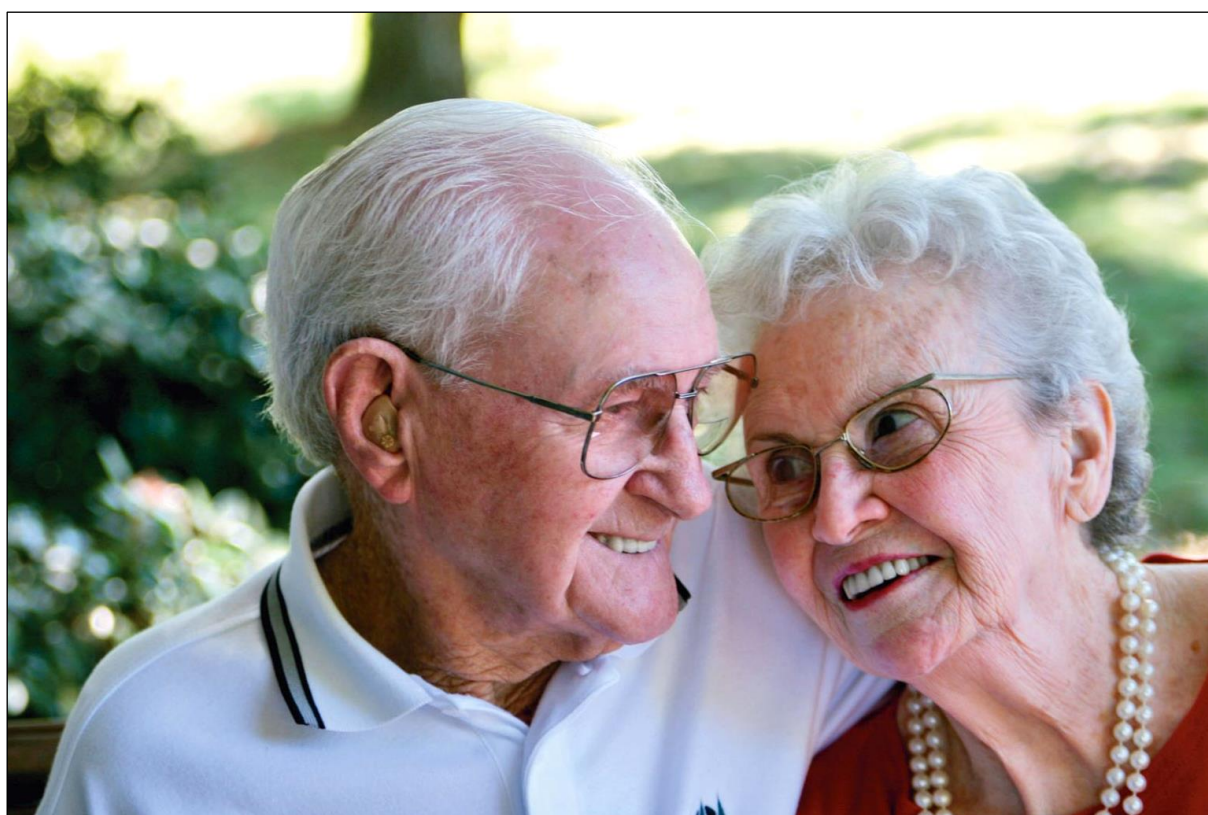
Međutim, prema podacima nekih starijih istraživanja 90 posto starijih osoba nema poteškoća u kretanju, 69 posto njih je u stanju obavljati lakše poslove, 31 posto može izlaziti samostalno iz kuće, a njih samo 12 posto nije u stanju sebi skuhati čaj ili kavu (Nestorović: 1973 prema Smiljanić:1979). Autorica Smiljanić tvrdi da zapravo postoji vrlo mali broj starih ljudi koji se ne mogu brinuti sami za sebe, ali i da su mlađi voljni živjeti sa starijim ukućanima. Također, autorica tvrdi da starije ljude koji nemaju izražene fizičke i psihičke potrebe ne treba smještati u dom. U prilog tome, autor Nestorović (1973) govori da je za najviše 6% ljudi potreban domski smještaj. U tumačenju tih podataka treba uzeti u obzir da su istraživanja stara i preko 50 godina. Noviji podaci iz područja Republike Hrvatske govore kako se prema recentnom stanju u institucijskoj skrbi nalazi 20 posto pokretljivih i samostalnih starijih osoba, a 80 posto s nekim od svojstava 4 N (nepokretnost, nestabilnost, nesamostalnost i inkontinentnost) (Afrić: 2012). Ti podaci ukazuju da je razlog odlaska u dom prvenstveno zdravstvena potreba i njega starijih osoba, ali i povećani broj starijih osoba koji koriste neku vrstu institucionalnog smještaja.

Pitanje života u domu starijih osoba često je predmet brojnih neslaganja. Temeljni prigovor jest izdvajanje osoba treće dobi iz njihove životne okoline te se tako povećava stres i nezadovoljstvo životom. Općenito, promjena mjesta života uzrokuje brojne nelagodnosti i probleme, a pogotovo u starijoj dobi. Promjena boravišta povezana je sa socijalnom izolacijom, problemima u prilagodbi i osjećaja nametanja (Yawnwy: 1973 prema Leutar, Lovreković: 2010). Kako bi se smanjilo nezadovoljstvo potreban je osobni pristanak za smještaj u dom. Međutim, autori Leutar i Lovreković (2010) prema novijim istraživanjima ističu kako starije osobe uglavnom dobro prihvaćaju domski smještaj. Najveći korak je u samoj odluci, ali nakon premještaja, vrlo se brzo prilagode životu u domu. To je pokazalo istraživanje autora Tursana (1996) gdje više od 94 % ispitanika doma u Zagrebu tvrdi da su vrlo zadovoljni boravkom u domu. U kasnijim se istraživanjima zadovoljstvo životom smanjilo.

Budući da prema podacima Ministarstva rada i socijalne skrbi u Republici Hrvatskoj postoji svega 76 domova za smještaj starijih i nemoćnih osoba, kao takvi ne zadovoljavaju kapacitet za potrebe ove populacije. Iz tih se razloga sve veći naglasak stavlja na nove oblike skrbi osoba treće dobi diljem Hrvatske. U skladu s time *Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i mladeži* u fazi je provedbe pilot projekta „Program pomoći osobama treće

životne dobi“ kojim se nastoje osigurati sredstva iz sustava socijalne skrbi koja se odnose na pomoć i njegu starijim osobama u vlastitom domu (Bouillet: 2003).

Zaključuje se da je smještaj starijih osoba u domove i druge ustanove za njegu starijih, bez obzira na sve navedeno, idealno rješenje zbrinjavanja osoba treće dobi.



1.5. Kvaliteta života

„Starenje je ništa više nego loša navika koju zauzeta osoba nema vremena formirati“. Andre Maurois

Kvaliteta života je postala predmetom interesa brojnih područja znanosti: psihologije, biometrije, filozofije, socijalnih znanosti, medicine i drugima. Pitanje što čini osobnu kvalitetu života vrlo je aktualno u posljednjih deset godina i plijeni pažnju brojnih istraživača iz više razloga. Prvo, porastom osoba treće životne dobi javlja se potreba za reorganizacijom zdravstvene pomoći i skrbi tih osoba. Drugo, medicinske znanosti uspjele su produljiti životni vijek pojedinca, ali ne nužno i njegovu kvalitetu života. Treće, globalizacija je povećala razinu natjecanja među državama na raznim područjima pa tako i oko ispitivanja kvalitete života njihovih građana (Smith:2000). U nastavku je prikazan kratki prikaz razvoja kvalitete života.

1.5.1. Razvoj koncepta kvalitete života kroz povijest

Razumijevanje koncepta kvalitete života ima dužu povijest razvoja. Korijeni kvalitete života sežu u doba antičke Grčke. Filozof Aristotel je u svojim spisima često spominjao koncepte „dobrog života“ i „blagostanja“. Njegova socijalna etika i ideja savršenog života istraživale su individualne i društvene koncepte kvalitete života. Aristotel je smatrao da se bez znanja o tome što je za pojedinca kvalitetan život, ne može planirati kvalitetan život države (Smith:2000). Kasnije, evolucija ideje kvalitete života proširuje se na području ekonomije. Tu se na kvalitetu života mislilo kao na životni standard i postavljala su se pitanja kao npr. „Koliko su primanja u obitelji?“ i „Jeste li zaposleni?“. Tim se odgovorima dobivala slika ekonomske sfere (kvalitete) života ljudi. Vezano za životni standard, ovim se područjem počinje baviti i sociologija u okviru zadovoljenja čovjekovih potreba. Sociolozi su pak postavljali pitanja kao „U kojoj su mjeri zadovoljene Vaše životne potrebe?“. Time se u drugoj polovici prošlog stoljeća otvorilo pitanje potrebe za odvajanjem subjektivnih i objektivnih komponenti kvalitete života. Objektivne komponente činili su normativni pokazatelji stvarnosti, a subjektivne su mjere ukazivale na razlike pojedinaca u opažanju stvarnih uvjeta života. Psiholozi su u to vrijeme postavljali pitanje o kvaliteti života koje je glasilo „U kojoj ste mjeri zadovoljni kvalitetom života u cjelini?“ (Martinis: 2005).

60-tih godina se nastavlja razvoj uglavnom subjektivnih značajki kvalitete. Drugim riječima, usmjerenost na pojedinca glavni je cilj mjerenja kvalitete života. Krizmanić i Kolesarić (1992 prema Mujkić, Vuletić: 2002) navode kako je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, ali i karakteristikama osobnosti koje utječu na doživljaj sebe. Iz definicije se zaključuje da je kvaliteta života psihološke prirode i vrsta općenitog stava prema vlastitom životu i njegovim područjima (Mujkić, Vuletić: 2002).

Kako kvaliteta života dobiva na značaju svjedoči i to da se u Njemačkoj 1994. osniva Centar za istraživanje kvalitete života. Također, u Kanadi je Ministar zdravstva financirao nacionalnu studiju kvalitete života kako bi dobio sliku o kvaliteti života svih građana te države. U Ujedinjenom Kraljevstvu su istraživanja društvenih znanosti sve više pod utjecajem države kako bi se poboljšala kvaliteta života unutar britanskog stanovništva. Tome u prilog ide 24 projekata Vijeća za ekonomska i društvena istraživanja (Economic and Social Research Council - ESRC) kojima se prikupljaju podaci o kvaliteti života i pomaže podizanju kvalitete osoba treće životne dobi (Smith:2000).

Nadalje, autor Orešković (1994) na kvalitetu života gleda iz medicinske perspektive i govori o razvoju definicija kvalitete života kao rasta do različitih socijalnih poimanja kvalitete. Autor navodi kako se razvojem koncepta kvalitete života zapravo s jedne strane nametala ideja o objektivnosti i mjerljivosti kvalitete, a s druge strane subjektivnost i nemjerljivost. U sociološkoj literaturi, razvoj kvalitete života može se podijeliti u dva razdoblja: kvaliteta života shvaćena kroz razinu bolesti i slabosti pojedinca, a drugo razdoblje gdje se mjeri zdravstveno stanje ljudi (Orešković: 1994). Stoga, zaključuje se da su različita shvaćanja pojma kvalitete kroz povijest zapravo pridonijela bogatstvu današnjih pristupa i definicija kvalitete koje su navedene u nastavku.

1.5.2. Definicije kvalitete života

Kvalitetu života nemoguće je jednoznačno i sigurno definirati. U literaturi nailazimo na veliki broj definicija kvalitete života. Kvaliteta života često se izjednačava s pojmovima subjektivnog blagostanja, zadovoljstva životom, subjektivnom kvalitetom (Penezić: 1999, Vuletić:1999, Schilling:2003 i dr. prema Leutar, Lovreković:2010). Osim toga, kvaliteta života

treće dobi se povezuje s pojmovima „uspješno starenje“, „pozitivno starenje“ i „zdravo starenje“ ((Baltes:1993, Johnson: 1995, Rowe, Kahn:1997 prema Walker:2007).

Različite znanstvene discipline definiraju kvalitetu života u sklopu svojih perspektiva učenja. Primjerice, za ekonomiste, kvaliteta života shvaćena je kao životni standard objektivno mjerljiv pokazateljima kao što su visina dohotka, stupanj zaposlenosti, BDP i dr. Za psihologe, kvaliteta života subjektivni je doživljaj zadovoljstva vlastitim životom, a za sociologe kvaliteta društvenih odnosa.

Jedna od najopćenitijih i sveobuhvatnih prikaza kvalitete jest definicija autora Felce i Perry (1995 prema Mujkić, Vuletić: 2002) koji definiraju kvalitetu života kao opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja. Sve je vrednovano kroz osobni skup vrijednosti. Kvaliteta života za autore Dharmo i Kocollari (2014) je općenito dobrostanje pojedinca i njegove okoline (društva). Važna definicija kvalitete života koja je najčešća u stranoj literaturi jest ona autora Lawtona (1991) koji kvalitetu opisuje kao višedimenzionalnu procjenu sustava pojedinac-okolina u prošlom, sadašnjem i budućem vremenu od strane interpersonalnih i društveno-normativnih kriterija (Blane, Netuveli: 2008).

Autori Leutar i Lovreković (2010) u svom radu donose prikaz većeg broja autora i njihovih definicija kvalitete. Tako se kvaliteta prema Poredošu (2002) shvaća kao ono što je pojedincu važno iz bilo kojeg razloga. To nam govori da je kvaliteta za svaku osobu posebno određena i samo pojedinac može točno odrediti što je za njega kvaliteta. Prema Cummins (1997) kvaliteta života u isto je vrijeme objektivna i subjektivna pri čemu je svaka od njih sastavljena od sedam kategorija: materijalnog blagostanja, zdravlja, produktivnosti, intimnosti, sigurnosti, blagostanja zajednice i emocionalnog blagostanja. U Kanadi, Socijalno vijeće za razvoj definira kvalitetu života kao proizvod međugigra društvenih, zdravstvenih, ekonomskih i ekoloških uvjeta koji utječu na ljudski i socijalni razvoj (Smith:2000). Objektivna poimanja kvalitete ovisna su o kulturološkom okruženju i definiranju blagostanja, dok subjektivne domene, mjere važnost kvalitete za pojedinca (Podgorelec: 2003 prema Leutar, Lovreković: 2010). Također, istraživanja su pokazala da objektivni i subjektivni faktori kvalitete života nisu linearno povezani. Primjerice, u situaciji lošijih društvenih uvjeta života povećava se subjektivna percepcija zadovoljstva životom. To znači i da povećanjem materijalnog

bogatstva ne mora se značajno utjecati na subjektivnu mjeru kvalitete života (Cumminis: 1995 prema Martinis: 2005). Dakle, u objašnjavanju kvalitete života pojedinca važnu ulogu imaju vanjski i unutrašnji čimbenici. U prilog tome govore istraživanja koja potvrđuju povezanost između subjektivne kvalitete života, vanjskih događaja i ličnosti (Vuletić:2013).

Svjetska zdravstvena organizacija je definirala kvalitetu života kao osobnu percepciju životne stvarnosti u pogledu vrijednosnih sustava u kojima netko živi, a s obzirom na očekivanja, vlastite ciljeve i standarde (Hughes i sur.:1995 prema Leutar; Lovreković: 2010). Budući da je u ovom radu prvenstveno riječ o kvaliteti života osoba treće dobi, kvalitetu života u starosti moguće je definirati kao odnos subjektivnih karakteristika svakog pojedinca upotpunjenih prethodnim životnim iskustvima i objektivnih socioekonomskih činitelja koji tvore poželjni okvir življenja osobama preko 65 godina, a ogleda se u radosti i bezbrižnosti življenja (Beauvoir: 1970 prema Leutar, Lovreković: 2010).

Sve u svemu, ne postoji slaganje oko definiranja kvalitete života. U nastavku slijedi prikaz različitih pokušaja teorijskih utemeljenja kvalitete života.

1.5.3. Teorije i modeli kvalitete života

Definiranjem pojma zadovoljstva životom moglo se razumjeti njegovo značenje i određenje, ali nedostaje prikaz ideje kako nastaje izvorni koncept zadovoljstva životom. Iz tih je razloga mnoštvo autora razvilo vlastita poimanja i teorijska određenja fenomena kvalitete života. U nastavku su prikazane slijedeće subjektivne teorije kvalitete života koje nam donose autorice Brajković, Vuletić (2011): *Teorija višestrukih nesrazmjera, Teorija krajnjih točaka, Teorija ugone i bola, Teorija aktiviteta, Teorija homeostaze i Asocijacionističke teorije.*

Prema *teoriji višestrukih nesrazmjera* autora Michalosa (Diener: 1984 prema Brajković, Vuletić: 2011) kvaliteta je shvaćena kao stalno procjenjivanje onoga što smo postigli u usporedbi s onim što želimo postići, ali i usporedba vlastitih postignuća s postignućima drugih ljudi. Zadovoljstvo i nezadovoljstvo nastaje kao rezultat tih usporedbi. Također, važan je nivo očekivanog zadovoljstva koji će direktno motivirati postupke za postizanje i održavanje zadovoljstva pojedinca. Prema ovoj teoriji na sve razlike između ostvarenog i neostvarenog direktno utječe dob, spol, obrazovanje, kulturalna pripadnost, prihodi, samopoštovanje i socijalna potpora.

Slijedeća je *Teorija krajnjih točaka* koja polazi od pretpostavke da se kvaliteta života podiže zadovoljavanjem osnovnih potreba i ciljeva. Autor Wilson (Diener: 1984 prema Brajković, Vuletić: 2011) govori o tome kako zadovoljavanje potreba dovodi do sreće, a konstantno nezadovoljavanje potreba dovodi do osjećaja nesreće i nezadovoljstva. Ovakav pristup možemo usporediti s Maslowljevom teorijom potreba (motiva) koja potrebe svrstava u 5 skupina hijerarhijskim redoslijedom. Prema ovoj teoriji najprije se moraju zadovoljiti osnovne potrebe kako bi se kasnije mogle zadovoljiti i potrebe višega reda. Time se može zaključiti da samo zadovoljavanje potreba osobe ključ je sreće i zadovoljstva.

Teorija ugone i bola također govori o zadovoljavanju potreba osoba koje je usko povezano sa osjećajem ugone ili bola. Drugim riječima, autor Diener (1984 prema Brajković, Vuletić: 2011) tvrdi kako ljudi nakon što zadovolje određenu potrebu mogu osjetiti zadovoljstvo ili nezadovoljstvo (bol) radi istog. Deprivacija je stanje kada organizam nije zadovoljio potrebu i teži za njom, ali nakon što se ta deprivacija poništi zadovoljenjem potrebe, dolazi do osjećaja zadovoljstva.

Nadalje, *Teorija aktiviteta* polazi od pretpostavke da će aktivnost neke osoba biti ključ njezina zadovoljstva. Međutim, pretjerano teške aktivnosti dovode osobe do stanja anksioznosti, a one lake do dosade i osjećaja nekorisnosti. Ova teorija govori kako će ama aktivnost pojedincu donijeti više sreće nego krajnji cilj te aktivnosti.

Skupina teorija pod nazivom *Asocijacionističke teorije* polaze od ideje mreže pozitivnih asocijacija koje izazivaju osjećaj ugone i zadovoljstva. Asocijacije su djelom naučene sposobnosti da se reagira na pozitivne načine. Tako pojedinac razvija određene vrste atribucija koje se učvršćuju na osnovi događaja. Autori navode kako je nedostatak ove teorije u tome što se zadovoljstvo promatra kroz nužno postojanje asocijacionističkih mreža kao alat za postizanje sreće.

Posljednja teorija jest *Teorija homeostaze* autora Roberta A. Cumminsa (1995 prema Brajković, Vuletić: 2011). Autor Cumminis je u svojim istraživanjima uvidio da ljudi subjektivno zadovoljstvo životom na ljestvici uglavnom procjenjuju pozitivnim dijelom skale i zaključio da ljudi svoju kvalitetu života uglavnom održavaju u ravnoteži (homeostazi). Takvo tumačenje može se povezati s tjelesnim karakteristikama ljudskog organizma koji konstantno funkcionira na način da održava konstantu krvnog tlaka i tjelesne temperature. Tako održava

idealne okolnosti za funkcioniranje (Cummins: 2000 prema Brajković, Vuletić: 2011). Na takav način opisuju i kvalitetu života. Naime, u svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života je stabilna, a do narušavanja ravnoteže dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima kao npr. bolesti. Međutim, ljudi teže pronalasku ravnoteže i vraćaju se u homeostazu. U prilog ovoj teoriji idu različita istraživanja koja pokazuju da se subjektivna kvaliteta života održava na pozitivnoj razini.

Osim navedenih teorija kvalitete života, razvijeni su i različiti modeli strukturiranja fenomena kvalitete života. Iako postoji veći broj modela, ipak se najčešće spominju slijedeća tri (Penezić: 2006 prema Brajković, Vuletić: 2011):

1. „Top-down model“ - deduktivni model,
2. „Bottom-up model“ - induktivni model,
3. Dinamički model ravnoteže.

Prvi model su razvili Feist i suradnici (1995 prema Brajković, Vuletić: 2011) pod nazivom „Top-down model“ ili model „odozgo prema dolje“ koji govori da ljudi interpretiraju život i vlastitu kvalitetu života na pozitivne i negativne načine. Ta procjena života općenito, može se podijeliti na manje dijelove zadovoljstva ili nezadovoljstva životom. Iz tog se razloga model naziva „odozgo prema dolje“.

Drugi model je obrnutog tumačenja od prvog modela i naziva se "odozdo prema gore". Prema ovom modelu, opći osjećaj zadovoljstva stvara se na osnovi zbrajanja zadovoljstva u različitim životnim područjima kao primjerice brak, posao i zdravlje (Fiest i sur.: 1995 prema Brajković, Vuletić: 2011). U ovom modelu važniju ulogu igraju objektivne okolnosti, a ne subjektivna percepcija kao kod prvog modela. Dakle zaključujemo da zadovoljstvo određenim domenama života može pridonijeti ukupnom zadovoljstvu.

Treći je model, model dinamičke ravnoteže autora Headey i Wearing (1989 prema Brajković, Vuletić: 2011) koji uključuje utjecaj različitih dimenzija osobnosti na procjenu zadovoljstva. Osim dimenzija osobnosti, u zadovoljstvu životom važnu ulogu imaju i objektivni i subjektivni pokazatelji zadovoljstva životom. Model dinamičke ravnoteže opisuje međusobnu povezanost i ravnotežu između stanja objektivne i subjektivne dobrobiti, a dimenzije osobnosti promatra kao osnovne prediktore zadovoljstva životom.

Zaključujemo da veliki broj teorija i modela kvalitete života rezultirao je boljim shvaćanjem same ideje kvalitete života i uloge pojedinca u kreiranju iste.

1.5.4. Pristupi u mjerenju kvalitete života

Nakon prikaza pojma kvalitete života i njegovih teorijskih okvira, valja usmjeriti pažnju na načine mjerenja kvalitete života i tehnike prikupljanja podataka o kvaliteti života. U različitim pokušajima izrade koncepata za ispitivanje kvalitete života, nastala je definicija koju kvalitetu života opisuje kao kompleksan, sintetički doživljaj zadovoljstva ili ne zadovoljstva životom, koji nastaje trajnom evaluacijom i reevaluacijom življenja pojedinaca. Ta evaluacija se odnosi na područja poput: posla, socijalne aktivnosti, među ljudskih odnosa i čuvstvenih veza (Krizmanić: 1992 prema Leutar, Lovreković: 2010). Kao što se iz ranijih definicija može naslutiti, kvalitetu života nije jednostavno opisati, a još manje mjeriti. Kako bi nešto bilo mjerljivo, mora biti u određenom pogledu kvantificirano i jasno definirano. Dakle, ako se želi mjeriti kvalitetu života osoba treće dobi, moraju biti jasno postavljene granice što kvaliteta života starijih osoba uključuje, odnosno ne uključuje. Primjerice, za ekonomiste je kvaliteta života mjerljiva kroz ekonomski standard, za ekologe je to stupanj očuvanosti prirode, a za nutricioniste zdrava prehrana i unos potrebnog broja kalorija. Menadžeri kvalitetu rada procjenjuju kroz radne uvjete na poslu, dok psiholozi kvalitetu života procjenjuju na osnovu samog pojedinca (Martinis: 2005). Naravno, kao i kod definiranja kvalitete života, tako i kod konstruiranja određenih skala mjerenja, sve ovisi o samom istraživaču koji na temelju dostupnih znanja toga područja određuje svoje poimanje kvalitete (Bell, Galloway i sur.:2005). To znači da je svaka mjera ispitivanja kvalitete života zapravo subjektivni produkt znanja pojedinca o tom području.

Ukoliko se osvrnemo na povijest mjerenja kvalitete života, mogu se izdvojiti dva osnovna pristupa: subjektivnost i multidimenzionalnost. Subjektivnost opisuje kvalitetu života iz perspektive pojedinca, a multidimenzionalnost je dio psihometrijske tradicije mjerenja zdravstvenog statusa koja procjenjuje različite dimenzije života pojedinca (Mujkić, Vuletić: 2002).

Autor Schalock (2004 prema Arandžević i sur.: 2010) je mjerenje kvalitete života predstavio u obliku sljedećeg metodološkog pregleda (slika 3).

Sistemski nivo	Merni fokus	Merne strategije
Mikrosistem	Subjektivna priroda kvaliteta života („lične procene“)	Merenje zadovoljstva Merenje sreće
Mezosistem	Objektivna priroda kvaliteta života („funkcionalna procena“)	Skale za ocenjivanje (nivo funkcionisanja) Posmatranje učesnika Upitnici (eksterni događaji i okolnosti) Angažovanje u svakodnevnim aktivnostima Samoopredeljenje i samokontrola Statusna uloga (obrazovanje, zaposlenje)
Makrosistem	Spoljašnji uslovi ("društveni pokazatelji")	Životni standard Stopa zaposlenosti Stopa pismenosti Stopa smrtnosti Životni vek

Slika 3: Metodološki pluralizam mjerenja kvalitete života (Arandžević i sur.: 2010)

Schalock se bavio istraživanjem kvalitete života ljudi sa intelektualnim poteškoćama i postavio opće pristupe mjerenju kvalitete života koji mogu vrijediti za sva područja kvalitete. Njegov je pristup pluralistički i ukazuje na složenu prirodu kvalitete života. Na taj se način kvaliteta života može mjeriti istodobno iz objektivne i subjektivne perspektive. Osim toga, navedena trodijelna podjela nadilazi nedostatke pojedinih istraživačkih metoda i daje bolje rezultate istraživanja (Arandžević i sur.: 2010).

Tehnike mjerenja kvalitete života su najčešće osmišljene i provjerene unutar određenog kulturnog konteksta. To znači da nije poželjno iste mjerne upitnike koristiti u različitim kulturama. Upravo iz ovih razloga autori koriste objektivno sastavljene mjere kvalitete života u obliku standardiziranih upitnika. Domene mjerenja kvalitete života moguće je podijeliti u tri skupine (Martinis: 2005):

- Prva skupina su upitnici koji pokrivaju veći dio područja kvalitete života i opisujemo ih kao višedimenzionalne upitnike. Takav upitnik je usmjeren na prikupljanje podataka zdravih i bolesnih osoba te pokriva područje demografskih i kulturnih razlika ljudi. Neki od instrumenata ove skupine jesu: *Profil učinka bolesti* (Bergner i sur.: 1981), *SF-36* (Ware: 1993) i *Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije* (The World Health Organization Quality of Life Instrument-WHOQOL: 1996).
- Drugu skupinu čine upitnici vezani uz točno određene bolesti, a upotrebljavaju se kod pacijenata sa sličnim zdravstvenim problemima. Tegobe koje se ispituju su najčešće rak, artritis, dijabetes, srčane bolesti i dr. Instrumenti za ispitivanje su: *Skala za*

mjerenje utjecaja oboljenja od artritisa (Meenan, Gertman i Mason: 1980), Skala Europske organizacije za liječenje oboljelih od raka (Aaronson i sur.: 1993) i brojne druge skale.

- Posljednju skupinu instrumenata čine mjere pojedinačnih domena kvalitete života, poput tjelesnog funkcioniranja i psihičkog zdravlja. Primjer ove vrste upitnika je *Beckov inventar depresivnosti (Beck i sur. :1961).*

Od navedenih upitnika, najčešće je korišten upitnik Svjetske zdravstvene organizacije *WHOQOL*. Ovaj je upitnik osmišljen kako bi mjerio kvalitetu života osoba različite dobi: mladih, zrelih i starijih osoba. *WHOQOL-OLD* ispituje specifične potrebe starijih ljudi koje predstavljaju mjerilo kvalitete života te populacije. Autori Bartlett, Marshall i Peel (2007) su pilot istraživanjem ispitivali karakteristike *WHOQOL-OLD* upitnika te psihometrijskim testovima dokazali visoku pouzdanost i valjanost upitnika. Za razliku od *WHOQOL-OLD* upitnika, *SF-12* upitnik pokazuje znatno niže metrijske karakteristike.

Autori Mujkić i Vuletić (2002) govore o nedostacima postojećih metoda prikupljanja podataka kvalitete života. On tvrdi da mnoge ljestvice koje ispituju kvalitetu života zapravo ne dozvoljavaju ispitanicima slobodan izbor odgovora. Takvi nedostaci su česta pojava kod upitnika koji su standardizirani na uzorcima različitim od populacije koja se ispituje. Iz tih su razloga određeni autori više skloni korištenju intervjua kao metode prikupljanja podataka. Intervjuom je moguće prikupiti podatke koji su značajni za područje ispitivanja, a u isto vrijeme ne ograničavaju količinu informacija od strane ispitanika. Nadalje, kritiku postojećim mjerenjima kvalitete života je dao i autor Olweny (1992. prema Mujkić, Vuletić: 2002) koji je kvalitetu života definirao kao osobno vrednovanje stvarnog i očekivanog stila života. U skladu s time autor predlaže mjerenje kvalitete života usmjereno na pojedinca kako bi se prevladala ograničenja u međukulturalnim analizama. Dakle, ispitanik ima mogućnost da sam identificira područja života koja su njemu važna i da procjeni u kojoj mjeri to područje predstavlja kvalitetu njegova života.

Nakon prikaza ovih metodoloških pristupa i načela mjerenja kvalitete života ne preostaje drugo nego dobrovoljni odabir vlastitog načina prikupljanja podataka s ciljem istraživanja područja kvalitete života.

1.5.5. Pokazatelji kvalitete života

Svaki autor pod pojmom kvalitete života definira određene karakteristike i područja koje je potrebno mjeriti. U nastavku će biti prikazani neki od općih i specifičnih pokazatelja kvalitete života osoba treće dobi.

Kroz povijest razvoja pokazatelja kvalitete života, pojavila su se dva temeljna pristupa konceptualizacije kvalitete života: skandinavski i američki. Skandinavski pristup naglašava objektivne indikatore razine življenja ili kvalitete života društva kao cjeline, a američki subjektivne indikatore kvalitete (Lučev, Tadinac: 2008).

U radu autora Arandelovića, Ilića i Milića (2010) nailazimo na dvije podjele pokazatelja kvalitete života. Jedna je podjela s obzirom na prirodu pokazatelja kvalitete (subjektivna i objektivna), a druga s obzirom na različite dimenzije kvalitete. Na slici 4 su prikazani subjektivni i objektivni socijalni pokazatelji kvalitete života prema autoru Rapleyu (2003 prema Arandelović i sur.: 2010).

Slika 4: Objektivni i subjektivni socijalni pokazatelji kvaliteta života (Arandelović i sur.: 2010)

Najčešće korišćeni objektivni društveni pokazatelji	Najčešće korišćeni subjektivni društveni pokazatelji
Predstavljaju društvene podatke nezavisno od individualne procene	Lične procene i procene stanja u društvu
Očekivano trajanje života	Osećaj pripadanja zajednici
Stopa kriminala	Materijalna imovina
Stopa nezaposlenosti	Osećaj sigurnosti
Društveni bruto proizvod	Sreća
Stopa siromaštva	Zadovoljstvo životom u celini
Pohađanje škole	Odnosi sa porodicom
Broj radnih sati u nedelji	Zadovoljstvo poslom
Stopa perinatalne smrtnosti	Seksualni život
Stopa samoubistava	Sagledavanje sprovođenja pravde
	Klasna identifikacija
	Hobi i članstvo u klubu

Neki autori smatraju da je kvalitetu života moguće mjeriti jedino i isključivo uz pomoć upitnika koji prikupljaju opće podatke o pojedincu: socio-ekonomski status pojedinca i njegove obitelji, prirodna okolina, društvene prilike i slično. Jedna od takvih općih podjela nalazi se u prikazu osnovnih dimenzija kvalitete života na slici 5 (Arandelović i sur.:2010). Na slici su prikazane podjele pokazatelja kvalitete života prema Felce (1996), Schalock (2000), (1995), Hagerty (2001) i Cummins (1997).

Autor Felce (1996) govori o šest dimenzija kvalitete: tjelesno blagostanje, materijalno blagostanje, socijalno blagostanje, produktivno blagostanje, emocionalno i građansko. Za razliku od njega, autor Schalock (2000) dimenzije kvalitete širi na čak osam područja: tjelesno, materijalno, pripadanje zajednici, emocionalno, građanska prava, međuljudski odnosi, osobni razvoj i samoopredjeljenje. Uz navedene pokazatelje, valja istaknuti one Svjetske zdravstvene organizacije (SZO)(1995). Naime, SZO je pokrenula izradu instrumenta za ispitivanje kvalitete života koji bi trebao biti primjenjiv u različitim kulturama i zemljama različitih stupnjeva razvoja. U ispitivanju opće kvalitete života najčešće se primjenjuje upravo upitnik Svjetske zdravstvene organizacije koji kvalitetu života svrstava u sljedeća područja: tjelesno zdravlje, okruženje, socijalni kontakti, psihološko zdravlje, nezavisnost i vjeroispovijest. Ova se vrsta podjele koristila za mjerenje kvalitete kod bolesnih osoba, zdravih osoba i osoba pod stresom (Arandžević i sur.:2010). Autor Flanagan (1978 prema Smith: 2000) donosi čak 15 pokazatelja kvalitete života raspoređenih u 5 domena:

1. Fizičko i materijalno blagostanje

- Materijalno blagostanje i financijska sigurnost
- Zdravlje i osobna sigurnost

2. Odnosi s drugim ljudima

- Odnos s bračnim drugom
- Imati djecu i uzdržavati ih
- Odnosi s roditeljima, braćom i drugim srodnicima
- Odnosi s prijateljima

3. Socijalne i građanske aktivnosti

- Aktivnosti pomoći drugima ljudima
- Aktivnosti povezane sa lokalnom i nacionalnom upravom

4. Osobni razvoj i ispunjenje

- Intelektualni razvoj
- Osobno razumijevanje i planiranje
- Profesionalna uloga
- Kreativnost i osobna ekspresija

5. Rekreacija

- Druženje

- Pasivne i opservacijske rekreativne aktivnosti
- Aktivne i sudjelujuće rekreativne aktivnosti

Osim navedenih radova u kojima su autori sami odredili klasifikaciju pokazatelja kvalitete života, autori Mujkić i Vuletić (2002) su odabir pokazatelja kvalitete života prepustili samim ispitanicima. Naime, podaci o kvaliteti života su prikupljeni uz pomoć polustrukturiranih intervjua na način da ispitanici sami odabiru 5 područja koje smatraju glavnim odrednicama vlastite kvalitete života. Na kraju je analizom rezultata dobiveno ukupno osam područja kvalitete života koja su se uglavnom javljala kod većine ispitanika: materijalno stanje, emocionalno stanje, zdravstveno stanje, postignuća, međuljudski odnosi, zajednica, sigurnost i duhovni život. Ovim se istraživanjem posebno istaknulo područje religije, odnosno potrebe za uključivanjem područja duhovnog života u ispitivanje kvalitete života.

Nakon prikaza pokazatelja kvalitete života sve populacije, treba usmjeriti pažnju na specifične pokazatelje kvalitete života starijih osoba. Naime, dio autora koji ispituje kvalitetu života treće dobi stvara vlastitu klasifikaciju pokazatelja kvalitete za tu dobnu skupinu. Time se zapravo nalaže da su pokazatelji kvalitete života različiti za osobe mlađe, odnosno starije dobi. S druge strane, veliki broj autora preuzima upravo postojeće opće pokazatelje kvalitete života kojima je moguće ispitati kvalitetu života ljudi od rane do kasne dobi. Bez obzira na spomenute razlike, opći ili specifični pokazatelji kvalitete života osoba treće dobi se na kraju svode na vrlo slične. To nam pokazuje veliki broj istraživanja kojima se ispitivala kvaliteta života treće dobi. Jedno od takvih istraživanja je i ono autorice Brajković (2010). Autorica je u svojoj disertaciji pod naslovom *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi* ispitivala slijedeće pokazatelje kvalitete: samoprocjenu zdravlja, usamljenost i humor. Navedene je karakteristike kasnije uspoređivala sa osobinama ličnosti, spolom i mjestom stanovanja. Neki autori ovu podjelu kritiziraju zbog samo tri pokazatelja kvalitete života, što ne mora značiti da oni nisu dovoljni za ispitivanje određenih karakteristika života.

Nadalje, u ispitivanju kvalitete života osoba treće dobi najveći se naglasak stavlja na zdravlje ispitanika i socijalnu skrb. Autori Mittermayer i suradnici (2010) su ispitivali kvalitetu dugotrajne skrbi starijih osoba i istaknuli slijedeće

Slika 5: Osnovne dimenzije kvalitete života (Arandžević i sur.: 2010)

Felce 1996.	Schallock 2000.	SZO 1995.	Hagerty 2001.	Cummins 1997.
Psihologija	Psihologija	Zdravlje	Društveni pokazatelji	Opšta populacija odraslih /studentata/ intelekt. poremećaja
6 dimenzija:	8 dimenzija:	6 dimenzija:	7 dimenzija:	7 dimenzija:
Telesno blagostanje	Telesno blagostanje	Telesno/fizičko blagostanje	Zdravlje	Zdravlje
Materijalno blagostanje	Materijalno blagostanje	Okruženje	Materijalno blagostanje	Materijalno blagostanje
Socijalno blagostanje	Pripadanje zajednici	Socijalne relacije	Osećanje pripadanja zajednici	Osećanje pripadanja zajednici
Produktivno blagostanje			Posao i proizvodna aktivnost	Posao i produktivna aktivnost
Emocionalno blagostanje	Emocionalno blagostanje	Psihološko blagostanje	Emocionalno blagostanje	Emocionalno blagostanje
Prava ili građansko blagostanje	Prava			
	Međuljudski odnosi	Nivo nezavisnosti	Odnosi sa porodicom i prijateljima	Odnosi sa porodicom i prijateljima
	Lični razvoj			
	Samo-opredeljenje	Veroispovest	Lična bezbednost	Sigurnost

pokazatelje kvalitete života osoba treće dobi koji su smješteni u neku od institucija skrbi: fizičko i psihičko zdravlje, kvaliteta farmakoterapije, prevencija rizika, socijalni i emocionalni status, usluge te poštivanje privatnosti i osobnosti. U indikatorima je vidljiva usmjerenost ka zdravstvenim odrednicama kvalitete života i skrbi koju starije osobe primaju. Slično istraživanje je provedeno 2014. godine od strane autora Ilić i Županić pod nazivom *Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini*. Autori su u istraživanju izdvojili slijedeća područja kvalitete života osoba treće dobi: dostupnost zdravstvene skrbi, zadovoljstvo oblicima pomoći, higijena, pokretnost, prehrana i tekućina, obavljanje fizioloških potreba, obavljanje svakodnevnih aktivnosti, socijalni kontakti i usamljenost. Od navedenih područja dostupnost zdravstvene skrbi je posebno prošireno s ciljem dobivanja većeg broja rezultat upravo te domene kvalitete. Nadalje, autor Šućur (2008) navodi slijedeće pokazatelje kvalitete: ekonomski položaj, stambeni uvjeti, zdravstveni status i subjektivno zadovoljstvo životom. Osim njega, autori Despot - Lučanin, Lučanin i Petrak (2005) izdvajaju socijalnu podršku, samoprocjenu zdravlja, funkcionalnu sposobnost, potrebe za uslugama skrbi i dostupnost usluga skrbi kao pokazatelje kvalitete života. Slična podjela pokazatelja je i u istraživanju Despot - Lučanin, Havelka i Lučanin također iz 2005. godine u kojima se ispitala samoprocjena zdravlja i potreba za uslugama skrbi. Strana autorica Kalfoss (2010) je na

temelju ispitivanih fokus grupa zaključila kako bi uz sve dosadašnje pokazatelje kvalitete života osoba treće dobi, u budućim ispitivanjima veću pozornost trebalo usmjeriti na nove pokazatelje kvalitete: korištenje vremena, sreću, kognitivno funkcioniranje, sliku o sebi, suočavanje s promjenama, socijalno funkcioniranje, samoopredjeljenje, altruistične aktivnosti, životne uvjete, sigurnost i tehnološka pomagala. Neki su od navedenih faktora kvalitete života u novijim istraživanjima već dobili svoje mjesto, ali je veliki broj njih i dalje zanemaren.

Posljednja i za ovaj rad najvažnija klasifikacija kvalitete života osoba treće dobi jest ona autora Mužinić i Žitnik (2007) koji su ispitivali vrstu i intenzitet potreba starijih osoba u gradu Splitu. Zadovoljstvo životom je ispitano uz pomoć skale potreba podijeljene u slijedeće skupine:

1. financijske potrebe,
2. potrebe za druženjem,
3. potrebe za aktivnostima,
4. zdravstvene potrebe,
5. usamljenost.

Upravo je ova podjela pokazatelja kvalitete života osoba treće dobi uzeta kao temelj ovog istraživanja.

1.5.6. Rezultati istraživanja kvalitete života

Istraživanje zadovoljstva životom kod osoba treće dobi je područje koje plijeni sve više pozornosti i interesa istraživača, ponajviše zbog organiziranja različitih oblika skrbi za starije. Zadovoljstvo životom općenito je relativno mlad pojam koji se teško operacionalizira i time otežava bavljenje tim fenomenom. To može obeshrabriti istraživače da se bave upravo ovim područjem (Brajković: 2010).

Jedno od novijih istraživanja područja kvalitete i uvjeta života starijih osoba jest istraživanje autora Spitek-Zvonarević i Takšić (2004) pod nazivom *Uvjeti života starijih osoba* koje je provedeno upravo na području Primorsko-goranske županije stoga se u velikoj mjeri poklapa s područjem interesa ovog istraživanja. Rezultati ovog istraživanja pokazuju značajnu sličnost sa rezultatima ovog istraživanja navedenih u nastavku rada.

Rezultati istraživanja kvalitete života treće dobi pokazuju zanimljive, često kontradiktorne rezultate koji otvaraju prostor novim istraživanjima toga područja. Brojni rezultati istraživanja kvalitete uglavnom pokazuju visoko zadovoljstvo životom osoba treće dobi (Beaumont i sur.: 2004). Budući da su za ovo istraživanje posebno važni odabrani pokazatelji (financije, društveni kontakti, aktivnosti, zdravstveno stanje i usamljenost) zadovoljstva životom u trećoj dobi, u nastavku slijedi prikaz rezultata prethodnih istraživanja po navedenim kriterijima kvalitete.

1. Financije

Starije su osobe često marginalizirane u odnosu na mlađe članove društva. Jedan od većih problema starije dobi je siromaštvo. Rezultati istraživanja su pokazali da najveći rizik od siromaštva imaju starije osobe, umirovljenici, nezaposlene osobe i osobe s nižim stupnjem obrazovanja. Od starijih osoba, financijski su najugroženiji umirovljenici ili osobe bez mirovinskih primanja, s posebnim naglaskom na muškarce koji žive sami (Laklija, Rusac, Žganec: 2008). U istraživanju autora Šučura (2008) se ispitala kvaliteta života osoba bez mirovinskih primanja. Pokazalo se da u usporedbi sa zemljama Europske unije, Hrvatska ima veliki udio starijih osoba bez mirovinskih primanja (2% ukupnog stanovništva). Te iste osobe pokazuju manje zadovoljstvo životom od osoba koje primaju mirovine kao izvor financijskih prihoda. Jedno od značajnijih stranih istraživanja je ono autora Dhama i Kocollari (2014) koje je pokazalo kako su financije najveći problem osoba treće dobi. Ispitanici istraživanja su sami odabirali kategorije kvalitete života i uglavnom materijalno stanje označili kao najlošije. Čak je 50 % ispitanika kvalitetu života opisivalo u negativnom kontekstu i procjenjivalo je kao *vrlo lošu*. Svakako, u interpretaciji rezultata valja uzeti u obzir uzorak ispitanika koji je u ovom slučaju sačinjavalo stanovništvo Albanije. Uvjeti života starijih osoba u gradu Tirani gdje je provedeno istraživanje su vrlo loši, stoga su i rezultati istraživanja specifični.

2. Zdravlje

Svjetska zdravstvena organizacija definira zdravlje kao stanje tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti (1998 prema Brajković 2010). Istraživanja koja su ispitala zdravstveni aspekt kvalitete su uglavnom usmjerena na subjektivnu procjenu zdravlja pojedinaca i da je takva valjan indikator zdravstvenog stanja osobe. Rezultati su pokazali da osobe koje žive u braku žive duže i zdravije za razliku od samaca, razvedenih i udovaca. Također, pokazalo se da

neudate žene pokazuju najniže zadovoljstvo životom. Nezadovoljstvo brakom pak čini osobe sklonijima zdravstvenim problemima (Rogers: 1992 prema Brajković: 2010). Uglavnom, istraživanja pokazuju da osobe s nižim stupnjem obrazovanja, nižim prihodima neoženjeni/neudate i stariji ljudi svoje zdravlje procjenjuju lošijim te imaju veći rizik od smrtnosti (Havleka: 1998 prema Brajković: 2010). Nadalje, stariji ljudi koji žive u vlastitim domovima svoje zdravlje uglavnom procjenjuju zadovoljavajućim te ne ističu posebnu potrebu za dodatnom skrbi (Despot - Lučanin, Lučanin, Petrak: 2005). Za razliku od njih, osobe koje žive u domovima za starije svoje zdravlje procjenjuju lošijim i samim time i kvalitetu života procjenjuju nižom od zdravijih osoba. Osim autora koji su većinom usmjereni na pad tjelesnih funkcija u starijoj dobi i bolesti, autori Browne i sur. (1994) su ispitivali kvalitetu života starijih osoba bez ozbiljnijih zdravstvenih problema. Njihova se visoko procijenjena kvaliteta života nije značajno mijenjala ni nakon godine dana ponovljenog ispitivanja. Time su autori zaključili da je zdravlje jedan od najvažnijih faktora kvalitete života starijih ljudi (Čanković i sur.:2016).

3. Socijalni kontakti

Govoreći o socijalnim kontaktima starijih osoba često nailazimo na kontradiktorne rezultate istraživanja. Autori Bondevik i Skogstad (1996 prema Brajković: 2010) navode da su stariji ljudi uglavnom zadovoljni svojim socijalnim vezama. Za razliku od toga, Despot - Lučanin i sur. (2005) navode kako su socijalne veze starijih uglavnom slabe, ali su primjerice odnosi sa susjedima vrlo dobri. Istraživanja pokazuju da starije osobe preferiraju osobu koja će im pomoći u kući, ali i ona koja će s njima razgovarati te posvetiti im dodatnu pažnju (Despot-Lučanin:2003 prema Despot - Lučanin i sur. :2005). Istraživanje Mužinić, Žitnik (2007) pokazuje da su potrebe za druženjem i aktivnosti starijih ljudi izraženije od onih financijskih i zdravstvenih. Također, istraživanjem se pokazalo da stariji stari imaju više izražene potrebe za socijalnim kontaktima u smislu razgovora, druženja i pažnje od mlađih starih. Socijalni kontakti se pojavljuju kao cijenjena sastavnica dobre kvalitete života i zdravstvenog statusa u opsežnom istraživanju autora Farquhar (1995). Ti se rezultati mogu tumačiti u usporedbi sa procjenom usamljenosti ispitanika koja se po nekim istraživanjima u starijoj dobi pokazala višom od u usporedbi sa mlađom dobi.

4. Aktivnosti

Osobe treće životne dobi koje su zdrave, svoje slobodno vrijeme najčešće provode u obliku bavljenja nekom aktivnosti, od posla do hobija. Rezultati istraživanja pokazuju da žene uglavnom preferiraju svoje slobodno vrijeme provesti u prirodi, šetnji ili izletu, dok muškarci više vole svakodnevna druženja (Milosaljević: 2011). U skladu s time, rezultati istraživanja pokazuju kako su dvije temeljne okosnice života starijih ljudi: obitelj i aktivan stil života. Tako muški ispitanici govore da svoj prosječan dan provode u radu oko kuće, masliniku, ribarenju, a žene se bave ručnim radom. Aktivnosti kojima se bave poboljšavaju njihovo zdravlje i osjećaj korisnosti u odnosu na obitelj i zajednicu (Ilić, Županić: 2014).

5. Usamljenost

Autor Gibson (2000 prema Brajković:2010) je ispitivao povezanost usamljenosti i kvalitete života. U jednom je istraživanju čak 26 % ispitanika izjavilo da se osjeća izrazito usamljeno u posljednje vrijeme (Schaie: 2001 prema Brajković: 2010). Usamljenost se prema njemu javlja kad smo privremeno isključeni iz socijalnih odnosa koji su nas zadovoljavali. Rezultati istraživanja su pokazali da je usamljenost veća kod muškaraca nego kod žena, češća kod osoba koje nemaju djece (potomaka) i osoba koje su izgubile supružnika. Pitanje dobnih razlika je čest predmet usporedbi rezultata istraživanja. Neka su istraživanja pokazala da usamljenost čak otpada s dobi, tako da se adolescenti procjenjuju najviše usamljenima (Parlee: 1979 prema Brajković: 2010). Također, istraživanje autora Seemana (2000 prema Brajković: 2010) pokazuje da je usamljenost povezana sa lošijom procjenom zdravlja i da usamljenost može dovesti do niza tjelesnih bolesti. Osim toga, stariji ljudi koji žive u domu za starije pokazuju veći stupanj usamljenosti od ostalih ispitanika (Brajković:2010). To se može protumačiti kao nedostatak obiteljske potpore i kontakata sa srodnim osobama na dnevnoj bazi koja čini temelj podrške i osjećaja pripadanja. Usamljenost je čest razlog depresivnosti starijih ljudi koja je dodatno povezana sa lošijim zdravljem (Escosteguy i sur.:2003).

Iz svega se navedenog daje naslutiti kako je područje pedagogije treće dobi, starenja, kvalitete života osoba treće dobi i uvjeta života te populacija još nedovoljno istraženo. Istraživanjem toga područja se nastojalo obogatiti i proširiti spoznaje o kvaliteti života osoba treće dobi kao pomoć budućim generacijama nastavnika i stručnih suradnika u planiranju rada s tom populacijom.

2. PREDMET, CILJ I ZADACI ISTRAŽIVANJA

2.1. Predmet istraživanja

Predmet istraživanja ovog rada je ispitivanje subjektivne percepcije kvalitete života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke u skladu sa ranije definiranim pokazateljima kvalitete života.

2.2. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati opća sociodemografska obilježja i kvalitetu života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke.

2.3. Temeljno istraživačko pitanje

Utvrđiti opća sociodemografska obilježja i kvalitetu života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke.

2.4. Posebna istraživačka pitanja

1) Ispitati opća sociodemografska obilježja (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja, s kim žive, bračni status, obiteljski status) osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke.

2) Ispitati slijedeće pokazatelje kvalitete života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke: financije, zdravstvenu skrb, socijalne kontakte, aktivnosti, opće zadovoljstvo životom i usamljenost.

3) Ispitati povezanost između slijedećih pokazatelja kvalitete života osoba treće životne dobi koje žive na području grada Rijeke: financija, zdravstvene skrbi, socijalnih kontakata, aktivnosti, općeg zadovoljstva životom i usamljenosti.

4) Ispitati razlike u kvaliteti života osoba treće životne dobi koje žive na području grada Rijeke s obzirom na opća sociodemografska obilježja (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja, s kim žive, bračni status, obiteljski status).

5) Povezati kvalitetu života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke sa ranije provedenim istraživanjima kvalitete na hrvatskoj i europskoj razini.

2.5. Svrha istraživanja

Budući da se pedagozi iz dana u dan susreću sa sve većim brojem odraslih učenika, pa tako i starih, valja područje *Pedagogije treće životne dobi* proširiti aktualnim saznanjima o životu osoba treće dobi, njihovim životnim uvjetima i načinima učenja. Svrha ovog istraživanja je utvrditi opća sociodemografska obilježja i kvalitetu života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke kako bi znanstveno obogatili i proširili područje gerotologije, a samim time i *Pedagogije treće životne dobi* koja je još u samom začetku.

2.6. Hipoteze

Na temelju ranije provedenih istraživanja i u skladu s postavljenim istraživačkim pitanjem postavljene su slijedeće hipoteze:

- Razina kvalitete života ispitanika se ne razlikuje značajno po spolu ispitanika.
- Osobe starije treće životne dobi svoju kvalitetu života procjenjuju nižom od osoba mlađe treće životne dobi.
- Osobe treće životne dobi koje imaju viši stupanj obrazovanja svoju kvalitetu života procjenjuju višom od osoba treće životne dobi sa nižim stupnjem obrazovanja.
- Osobe treće životne dobi koje žive u domovima za starije svoju kvalitetu života procjenjuju višom od osoba treće životne dobi koje žive u vlastitim domovima.
- Osobe treće životne dobi koje ne žive same procjenjuju svoju kvalitetu života višom od osoba treće životne dobi koje žive same.
- Osobe treće životne dobi koje su u braku svoju kvalitetu života procjenjuju višom od osoba treće životne dobi koje su sami.
- Osobe treće životne dobi imaju djecu, procjenjuju svoju kvalitetu života višom od osoba treće životne dobi koji nemaju djecu.

2.7. Identifikacija, klasifikacija i operacionalizacija varijabli

U istraživanju su se ispitivali opći sociodemografski podaci koji su podijeljeni u slijedeće kvalitativne i nezavisne varijable:

- spol (muški, ženski),
- dob (od 65 do 75 godina, 76 i više godina),
- stupanj obrazovanja (niska stručna sprema, srednja stručna sprema, visoka stručna sprema),
- mjesto stanovanja (vlastiti dom, dom za starije osobe, drugo),
- s kim žive (sami, s nekim drugim, u domu za starije),
- bračni status (samac, oženjen/udata, razveden),
- obiteljski status (imaju djecu ili ne).

Nakon navedenih nezavisnih varijabli ispitivala se kvaliteta života kroz slijedeće kvalitativne i zavisne varijable:

- financije,
- zdravstvena skrb,
- socijalni kontakti,
- aktivnosti ,
- opće zadovoljstvo životom,
- usamljenost.

Svaka se od 6 navedenih zavisnih varijabli (skala potreba) u anketnom upitniku ispitivala kroz više tvrdnji. Tako je financijska skala potreba sadržavala slijedeće tvrdnje: „*Imam sredstva za najosnovnije životne potrebe*“ , „*Dobro živim od vlastitog novca*“, „*Financijski problem nije najteži problem u mojoj dobi*“, „*Financijski sam neovisan/na o drugima*“ i „*Nije mi potrebna dodatna financijska pomoć*“. Zdravstvene potrebe su ispitane pomoću tvrdnji: „*Zbog zdravstvenog stanja želim da mi je netko stalno pri ruci*“, „*Razgovarao/la bih s nekim o svojim zdravstvenim problemima*“ i „*Nije mi potrebna stalna liječnička pomoć*“, a socijalni kontakti preko tvrdnji: „*Volio/la bih se češće družiti s osobama mlađe dobi*“, „*Imam dovoljno društvenih kontakata*“, „*Želim s nekim češće komunicirati, makar pismom ili telefonski*“, „*Želim češće razgovarati s nekim*“, „*Želim uspostaviti više prijateljstva*“ i „*Trebam pažnju od strane drugih*“. Aktivnosti osoba treće dobi su podijeljene u slijedeće iskaze: „*Trebam više organiziranih rekreativnih aktivnosti*“, „*Želim i dalje biti koristan/na u svojoj zajednici*“ i „*Želja mi je da i dalje učim i usvajam nova znanja*“. Nakon navedenih specifičnih skala potreba, ispitivana je varijabla općeg zadovoljstva životom pomoću 17 tvrdnji: „*U više aspekata moj je*

život blizak idealnom“, „Uvjeti mog života su izvrsni“, „Zadovoljan/a sam svojim životom“, „Do sada imam sve važne stvari koje sam želio/la u životu“, „Kada bih ponovo živio/la svoj život ne bih ništa mijenjao/la“, „Sve u svemu ja sam jako sretna osoba“ , „Život mi donosi puno zadovoljstva“, „Općenito se dobro osjećam“, „Mislim da sam sretna osoba“, „U cjelini gledajući ja sam više sretan/na od drugih ljudi“, „Često sam veseo/la i dobro raspoložen/a“, „Mislim da sam sretan/a barem koliko i drugi ljudi“, „Moja budućnost izgleda dobro“, „Zadovoljan/a sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi“, „Što god da se dogodi mogu vidjeti i svjetlu stranu“, „Uživam živjeti“ i „Moj mi se život čini smislen“. Posljednja zavisna varijabla je usamljenost. Usamljenost je ispitana pomoću postojeće skale koja sadrži 7 tvrdnji: „Imam svoje društvo za druženje“, „Imam osobe s kojima sam blizak/ska“, „S drugima dijelim svoja mišljenja i ideje“, „Imam osobe koje me dobro poznaju“, „Moji socijalni odnosi su jako dobri“, „Smatram se otvorenom osobom“ i „Ljudi mi pridaju željenu pažnju“. Navedene su zavisne varijable dakle operacionalizirane u ukupno 41 tvrdnju.

3. METODOLOGIJA

3.1. Populacija i uzorak

Za potrebe istraživanja odabrana je populacija osoba treće životne dobi koja živi na području grada Rijeke i ima više od 65 godina. Ta populacija uključuje osobe treće životne dobi koje žive u vlastitim domovima i one osobe koji žive u domu za starije i nemoćne osobe. Budući da je bilo nemoguće ispitati sve stanovnike s navedenim obilježjima, za istraživanje je odabran uzorak od 100 ispitanika oba spola koji žive na području grada Rijeke i imaju više od 65 godina. Uzorak je namjeran i prigodan jer je odabran na temelju postavljenog cilja, svrhe i zadataka istraživanja. Uzorak čine osobe treće životne dobi koje žive u Domu za starije i nemoćne osobe Primorsko-goranske županije Kantrida i osobe koje su članovi Klubova za starije osobe u gradu Rijeci. Razlog odabira Doma za starije osobe Kantrida je raniji posjet i održavanje radionica u domu gdje sam zajedno sa svojom studijskom grupom imala priliku bolje upoznati korisnike doma. Osim toga, Dom za starije i nemoćne osobe Kantrida je jedini starački dom na području cijele Primorsko-goranske županije čiji je osnivač država. Nadalje, klubove starijih osoba sam odabrala na temelju savjeta mentorice. U klubove starijih osoba su uključeni stariji ljudi koji po brojnim karakteristikama odgovaraju potrebama ovog istraživanja. Na području Rijeke djeluje ukupno 14 klubova, smještenih u raznim dijelovima grada kako bi bili dostupni većem broju umirovljenika i starijih osoba. Klubovi uključeni u ovo istraživanje su: Klub Drenova, Klub Krimeja, Klub Potok i Klub Trsat. Važno je naglasiti da su u istraživanje uključeni ispitanici koji imaju „prosječne“ uvjete života i zdravlja, stoga nisu uključene osobe koje imaju tjelesni invaliditet, teže tjelesne bolesti, teže bolesti povezane sa starenjem (Alzheimer, senilne demencije i sl.) ili psihičke probleme. Svi su ispitanici sposobni brinuti se za sebe (oblačiti se, kupati, hraniti i hodati) bez obzira na mjesto gdje žive (dom za starije ili vlastiti dom).

3.2. Metode prikupljanja podataka

U istraživanju se koristila deskriptivna i korelacijska metoda. Deskriptivnom metodom su se prikupili opći sociodemografski podaci (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja, s kim žive, bračni status, obiteljski status) koji služe kao temelj za opis ispitanog uzorka i za usporedbu ispitanika prema tim kriterijima. Osim deskriptivne metode, u istraživanju se

koristila korelacijska metoda kojom se testira zavisnost ili povezanost između dviju varijabli (Petz:2004). Tom su se metodom ispitale različite vrste i stupnjevi povezanosti između zavisnih varijabli (financija, zdravstvene skrbi, socijalnih kontakata, aktivnosti, općeg zadovoljstva životom i usamljenosti).

3.3. Instrument i postupci prikupljanja podataka

Za potrebe budućeg istraživanja izrađen je anketni upitnik koji je prilagođen osobama treće životne dobi. Anketni se upitnik sastoji od općih sociodemografskih podataka ispitanika (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja, s kim žive, bračni status, obiteljski status) i tri prilagođene ljestvice kojima se ispitivala kvaliteta života preuzetih iz ranije provedenog istraživanja autora Mužinić, Žitnik (2007):

- *Skala potreba (kvalitete života)* je u provedenom istraživanju iz 2007. godine ispitivala potrebe starijih osoba kroz četiri osnovne kategorije: financije, zdravstvenu skrb, socijalne kontakte i aktivnosti starijih osoba. Područja koja su uzeta kao mjerilo potreba starijih osoba odabrana su na temelju postojećih istraživanja, projekata i razvojnih teorija koji ističu smanjenje socijalnih kontakata, zdravstvene poteškoće i ovisnost o drugima u starijoj dobi. Skala se za provedeno istraživanje iz 2007. sastojala od ukupno 20 tvrdnji, dok je za potrebe ovog istraživanja preuzeto 17 tvrdnji. Razlog tomu jest sličnost izbačenih tvrdnji sa drugim tvrdnjama u anketnom upitniku. Tvrdnje su prilagođene na način da su sve negativne tvrdnje pretvorene u pozitivne kako ne bi loše utjecale na ispitanike. Također, odgovori su umjesto skale od četiri: *ne, djelomično, da, u potpunosti da* pojednostavljeni na tri: *ne, djelomično, da*. Time se ispitanike starije dobi ne zbunjuje i mogu procijeniti ako se s tvrdnjama slažu (*da*), ne slažu (*ne*) ili su nesigurni pa procjenjuju sredinu (*djelomično*).
- *Skala općeg zadovoljstva životom*, autora Zorana Penezića, mjeri osobni doživljaj zadovoljstva životom, time i kvalitetu života pojedinaca. Autori Mužinić i Žitnik su postojećih 20 tvrdnji smanjili na njih 17 tvrdnji spajanjem tri različite skale u jednu (skalu zadovoljstva životom, skalu općeg zadovoljstva i skalu pozitivnih stavova prema životu). Skala zadovoljstva životom je provjerena i utvrđena je njezina valjanost da zaista mjeri kvalitetu života. Za potrebe ovog istraživanja skala je prilagođena na način da su neke tvrdnje, kao i u prijašnjoj skali, preformulirane na način da budu

pozitivno usmjerene. Osim toga, i u ovoj skali se nude samo tri odgovora : *ne, djelomično* ili *da*.

- *UCLA skala usamljenosti* je posljednja skala anketnog upitnika. Ona mjeri opću usamljenost shvaćenu kao stanje. Tvrdnje ove skale procjenjuju moguća neugodna emocionalna stanja koja mogu biti izazvana starenjem. Ona je također preuzeta iz istraživanja autora Mužinić, Žitnik (2007)¹ i prilagođena kao i ranije skale na način da su sve tvrdnje pozitivno usmjerene. Time zapravo skala usamljenosti ovog istraživanja mjeri *kontra* usamljenost. Znači da više procjene ispitanika ukazuju na manji stupanj usamljenosti. Odgovori na tvrdnje su kao što je ranije rečeno smanjeni na tri: *ne, djelomično* ili *da*.

Svaka se ljestvica sastojala od tvrdnji koje su ranije navedene (*vidi potpoglavlje 2.6.*). Anketiranje se zbog veličine uzorka od 100 ispitanika i bržeg prikupljanja podataka provelo uz pomoć 4 anketara - studenata. Anketari su prije odlaska u Dom za starije i nemoćne osobe Kantrida i klubove umirovljenika bili upoznati sa svim elementima anketnog upitnika. Anketarima je objašnjen odabir skala potreba starijih ljudi i pripadajućih tvrdnji. Osim toga, anketari su dobili dodatne upute kako pojasniti određena pitanja ako za to javi potreba.

3.4. Obrada podataka

Podaci prikupljeni anketnim upitnicima su analizirani u programu za statističku obradu podataka IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Prvi korak u obradi podataka bila je provjera valjanosti skala uz pomoć opcije *Reliability analysis*. Nakon toga se koristila deskriptivna statistika za obradu općih sociodemografskih podataka koja uključuje tablice frekvencija i grafičko prikazivanje podataka. Kako bi mogli koristiti podatke vezane za zavisne varijable financija, socijalnih kontakata, aktivnosti, općeg zadovoljstva životom i usamljenosti, u programu za statističku obradu su zbrojene pojedine tvrdnje kako bi dobili nove jedinstvene varijable. Od svih varijabli, jedino se tvrdnje o zdravstvenom stanju nisu mogle zbrojiti zbog različitih mjernih karakteristika, stoga se zdravlje analiziralo samo preko pojedinačnih odgovora na tvrdnje i odgovarajućih frekvencija. Nakon dobivenih varijabli zbrajanjem čestica anketnog upitnika, u programu se ispitala korelacija među varijablama financija, socijalnih kontakata, aktivnosti, općeg zadovoljstva životom i usamljenosti uz

¹Za korištenje preuzetih mjernih skala dobiveno je dopuštenje autorice Mužinić.

pomoć Pearsonovog koeficijenta korelacije. U nastavku su se uz pomoć T-testa i analize varijance izračunavale razlike po zavisnim varijablama financija, socijalnih kontakata, aktivnosti, općeg zadovoljstva životom i usamljenosti u odnosu na nezavisne varijable. Ostali opći sociometrijski podaci nisu mogli biti uključeni u analizu jer odgovori na ta pitanja nisu raspoređeni jednoliko. Iz tog su razloga prikazani uz pomoć frekvencija odgovora na pojedine tvrdnje.



4. REZULTATI I INTERPRETACIJA

Na samom početku prikaza rezultata i interpretacije valja spomenuti da su skale korištene u istraživanju provjerene kako bi se utvrdilo mjere li one, bez obzira na mijenjanje pojedinih tvrdnji, i dalje one kategorije koje čiji su autori zaključili da ih te skale mogu izmjeriti. Osim toga, provjereno je dali su navedene tvrdnje koje sačinjavaju neku od varijabli potreba (financije, zdravstvena skrb, socijalni kontakti i dr.) grupirane po sadržaju tako da ukazuju na zajednički uzorak povezanosti i time zapravo zaista mjere određenu potrebu.

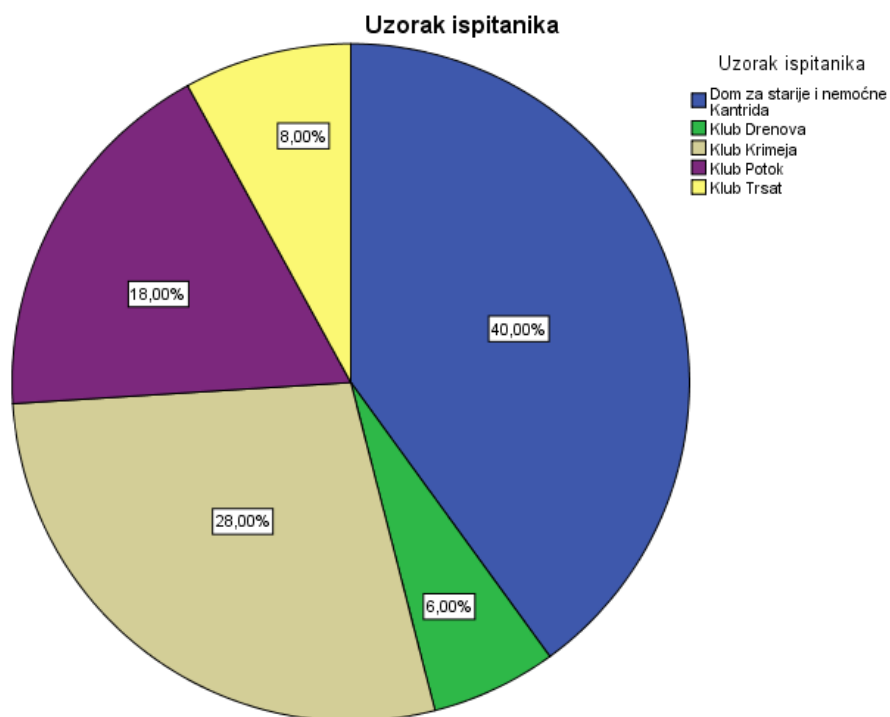
Testovima provedenim u programu za statističku obradu podataka (SPSS-u) utvrđeno je da su od tri postojeće skale istraživanja, skala općeg zadovoljstva životom i UCLA skala usamljenosti cjeloviti mjerni instrumenti i dobri pokazatelji tih psiholoških kategorija. Zbroj rezultata na tako definiranim skalama je uzet kao mjera određene potrebe, odnosno usamljenosti i u interpretaciji tih skala se koristila suma odgovora na pojedinačne tvrdnje. Za razliku od njih, skala potreba (kvalitete života) se pokazala samo djelomično valjanom. Naime, unutar skale potreba su ispitivane četiri varijable: financije, zdravstvena skrb, socijalni kontakti i aktivnosti. Od svih navedenih varijabli koje su metrijski valjane, problem je predstavljala varijabla zdravstvene skrbi. Varijabla zdravstvene skrbi je pokazala loše metrijske karakteristike te je stoga u obradi podataka i kasnijoj interpretaciji analizirana svaka tvrdnja posebno.

U nastavku su prikazani rezultati i interpretacija preko specifičnih istraživačkih pitanja.

1) Ispitati opća sociodemografska obilježja (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja, s kim žive, bračni status, obiteljski status) osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke.

Od ukupnog broja ispitanika 100 (100%) ovog istraživanja, većina ispitanika je ispitana po klubovima za starije osobe grada Rijeke (60 (60 %)), a manji dio njih u Domu za starije i nemoćne osobe Kantrida (40 (40%)). Od ispitanih klubova starijih osoba, u klubu Krimeja je prikupljen najveći broj anketa 28 (28 %), a najmanji u klubu za starije osobe Drenova 6 (6%) (graf 1).

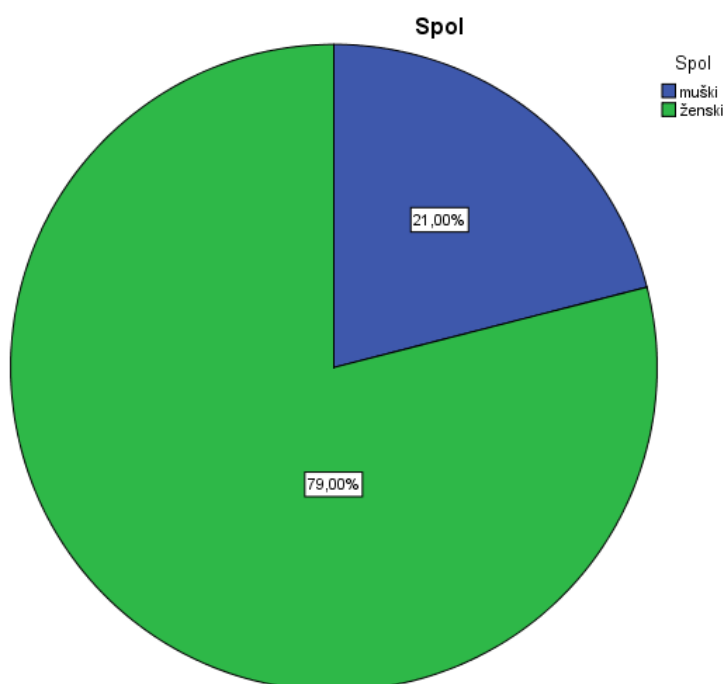
Graf 1: Uzorak ispitanika



Spol

Od ukupnog broja ispitanika, njih 79 (79 %) su ženskog spola, dok je muških ispitanika samo 21 (21 %) (graf 2).

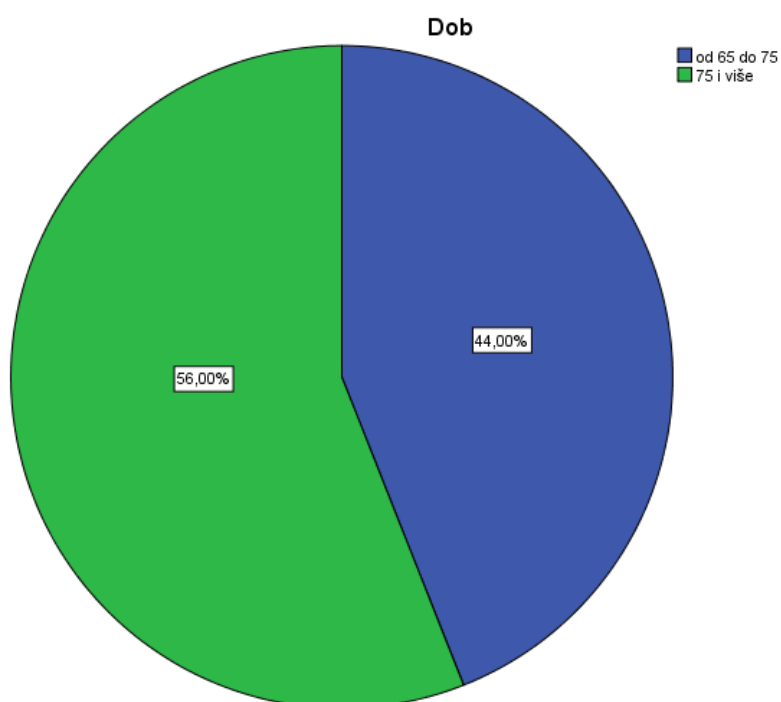
Graf 2: Spol ispitanika



Dob ispitanika

Dob se ispitivala pomoću dvije dobne kategorije, prvu od 65 do 75 godina starosti gdje ulazi 44 ispitanika (44%), a drugu od 76 godina i više sa 56 (56%) ispitanika (graf 3).

Graf 3: Dob ispitanika



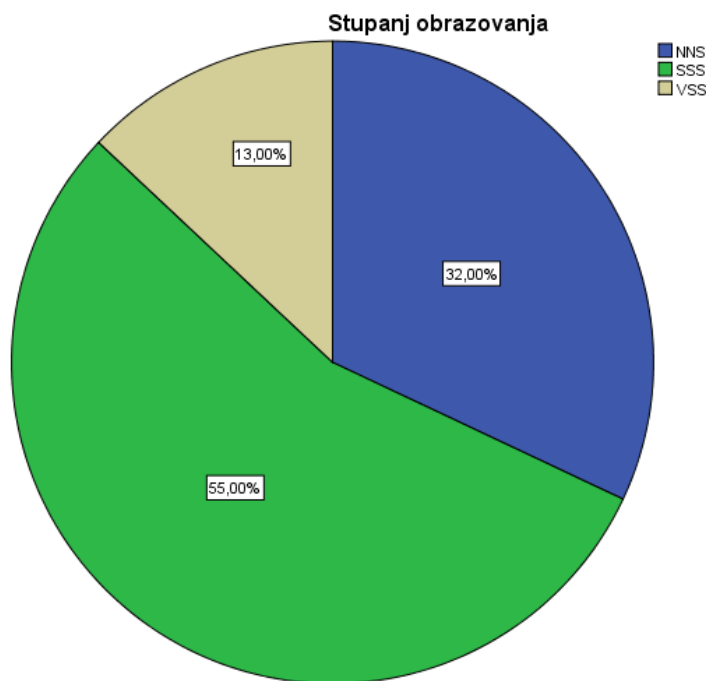
Iz raspodjele je vidljivo da su ispitanici gotovo jednako raspoređeni po dobi. U mlađu dobnu skupinu od 65 do 75 godina starosti spada 8 (8%) muških ispitanika, a 36 (36 %) ženskih ispitanika od ukupnog broja ispitanika. Nadalje, od ukupnog broja ispitanika u stariju dobnu skupinu od 76 i više godina spada 13 (13%) muških ispitanika i 43 (43%) ženskih ispitanika.

Stupanj obrazovanja

Na varijabli *stupanj obrazovanja* pokazalo se da 32 (32%) ispitanika ima nižu stručnu spremu, srednju stručnu spremu 55 ispitanika (55%), a visoku stručnu spremu ima 13(13%) ispitanika

(graf 4). Od ukupnog broja ispitanika sa nižom stručnom spremom (100%), 2(6,3%) ispitanika su muškarci, a 30 (93, 8%) žene. Od ukupnog broja ispitanika sa srednjom stručnom spremom (100%) je 12(21,8%) muškaraca i 43 (78, 2 %) žena. Visoku stručnu spremu ima 7 (53,8%) muškaraca i 6 (46,2%)žena .

Graf 4: Stupanj obrazovanja

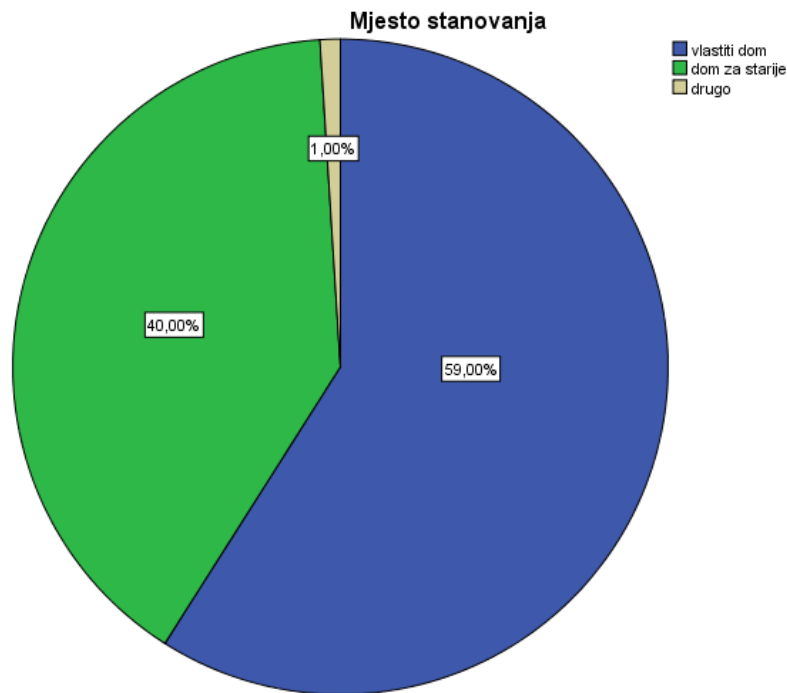


Zanimljiva se razlika pokazala u odnosu na spol ispitanika i navedenu raspodjelu unutar kategorija stručnih sprema. Može se uočiti da su žene većinom smještene u prve dvije kategorije stupnja obrazovanja: nižu i srednju, dok su muškarci uglavnom raspoređeni u srednju i višu stručnu spremu. Osim toga, bez obzira na razliku u broju muških i ženskih ispitanika, muškarci sitno nadmašuju žene u visokoj stručnoj spremi, njih je 7, a žena 6. Zanimljivom se pokazala činjenica da su ispitanici koji imaju nižu stručnu spremu uglavnom stariji ispitanici u dobnoj kategoriji od 76 i više godina starosti, njih 23 (71,9 %). Ostalih 9 (28,1 %) ispitanika niže stručne sprema spada u kategoriju od 65 do 75 godina starosti. U ostalim kategorijama stručne sprema ispitanici su uglavnom slično raspoređeni po dobi.

Mjesto stanovanja

Slijedeća ispitana varijabla jest *mjesto stanovanja*. Od ukupnog broja ispitanika njih 59 (59%) živi u vlastitom domu, 40(40%) u domu za starije, a 1(1%) ispitanik je kao odgovor označio drugo (graf 5).

Graf 5: Mjesto stanovanja

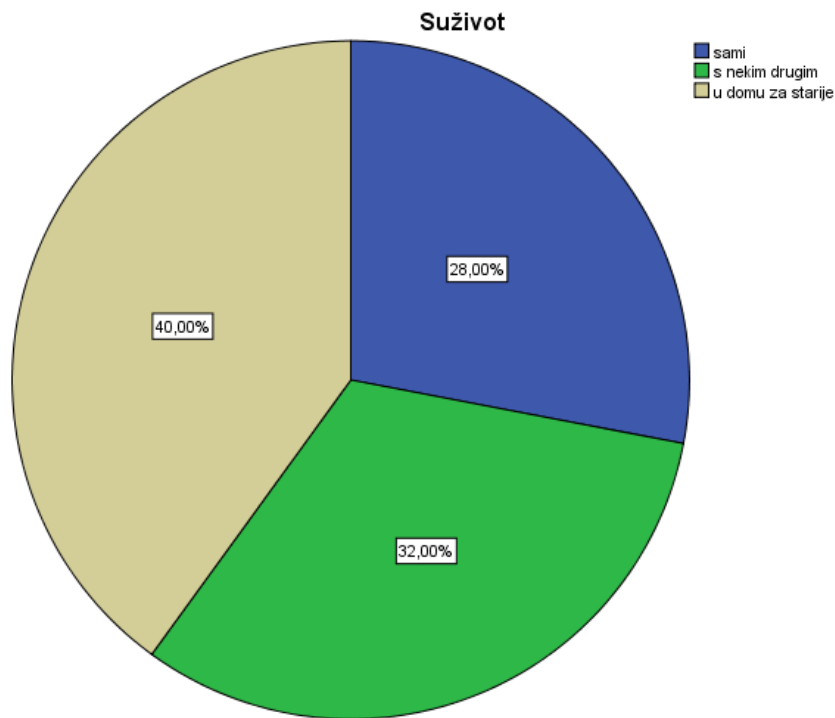


Od ukupnog broja ispitanika u vlastitom domu živi 11 (11%) muških i 48 (48%) ženskih ispitanika, a u domu za starije 9 (9 %) muških i 31 (31%) ženskih ispitanika. Preostali 1 (1%) je muški ispitanik koji je kao odgovor označio nešto drugo. Po pitanju spola na varijabli mjesta stanovanja može se uočiti da su ženske ispitanice uglavnom više smještene u vlastitom domu za razliku od muškaraca. Ta se razlika po spolu pokazala većom u skupini osoba koja žive u vlastitom domu nego kod osoba koja žive u domu za starije. Kao što se i moglo očekivati, s obzirom na dob ispitanika i njihovo mjesto stanovanja, veliki broj ispitanika smještenih u dom za starije osobe spada u stariju dobnu skupinu od 76 i više godina starosti (36 (64,3 %)). U mlađoj dobnoj skupini pronalazimo svega 4 (9,1%) osobe smještene u domu za starije. Nadalje, promatrajući stupanj obrazovanja ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja pokazalo se da ispitanici koji žive u vlastitim domovima uglavnom imaju srednju stručnu spremu (40 (67,8%)), a ispitanici koji žive u domu za starije imaju većinom nižu stručnu spremu (20 (50,0%)).

Suživot

Od ukupnog broja ispitanika njih 28 (28%) živi samo, 32 (32%) s nekim drugim, a najveći broj ispitanika (40 (40%)) u domu za starije osobe (graf 6).

Graf 6: Suživot



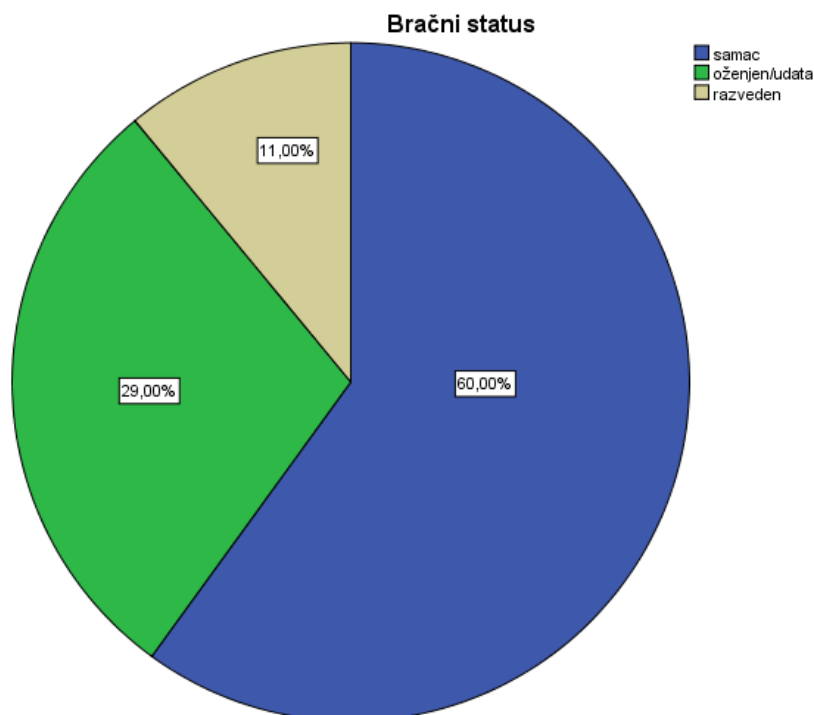
Budući da su starije osobe često potrebne pomoći, smisleno je da samo manji dio njih živi samo. Od ukupnog broja muških ispitanika, većina njih živi u domu za starije (9 (42,9 %)), a najmanji broj muških ispitanika živi s nekim drugim (5 (23,8%)). Ostalih 7 (33,3%) muških ispitanika živi samo. Za razliku od muških ispitanika, najveći broj žena (31 (39,2 %)) također živi u domu za starije, ali najmanji broj žena živi samo (21 (26,6%)). Time zapravo dobivamo sliku muškaraca koji, osim onih koji žive u domu, češće žive sami, a žene češće žive s nekim drugim. Po pitanju dobi na ovoj varijabli se pokazalo da mlađi ispitanici uglavnom žive sami (19 (19 %)) ili s nekim drugim (21 (21%)), dok su stariji ispitanici uglavnom smješteni u domu za starije (36 (36%)). Ostalih 24 (24%) ispitanika je raspoređeno u ostale kategorije. Nadalje, promatran je stupanj obrazovanja ispitanika i njihov suživot. Pokazalo se da većina ispitanika koji žive sami (22(40,0%)) i s nekim drugim (18(32,7%)) imaju srednju stručnu spremu, a najveći broj ispitanika koji žive u domu za starije imaju nižu stručnu spremu (20(62,5%)). To je moguće interpretirati na način da je mlađim ispitanicima srednje obrazovanje bilo

pristupačnije, nego onim starijim. Budući da su se počele otvarati razne škole i zanatlije, mlađi ispitanici su imali priliku nastaviti svoje školovanje za razliku od onih starijih, bez obzira na svega 10 godina razlike. Posljednja usporedba se odnosila na suživot i mjesto stanovanja. Tu se pokazalo da osim ispitanika koji su smješteni u domu za starije, većina osoba u vlastitom domu živi s nekim drugim (32 (54, 2%)), a manji broj njih u vlastitom domu živi samo (27(45,8%)).

Bračni status

Na varijabli *bračni status* pokazalo se da su 60 (60 %) ispitanika samci (uključuje udovice i udovce te osobe koje nikad nisu bile u braku), 29 (29%) ispitanika je oženjeno/ udato, a 11 (11%) razvedeno (graf 7).

Graf 7: Bračni status



Veći broj ženskih ispitanica je kao bračni status označilo samac 49 (62,0%), u odnosu na muški spol (11 (52,4 %)), dok je većina muških ispitanika oženjeno 9 (42,9%), a udanih žena samo 20 (25,3%). U kategoriji razvedenih prevladavaju žene 10 (12,7%). Usporedba bračnog statusa i dobi pokazuje da su uglavnom stariji ispitanici u kategoriji od 76 i više godina starosti 40 (71,4%) češće samci od mlađih ispitanika 20 (45,5%) od 65 do 75 godina starosti.

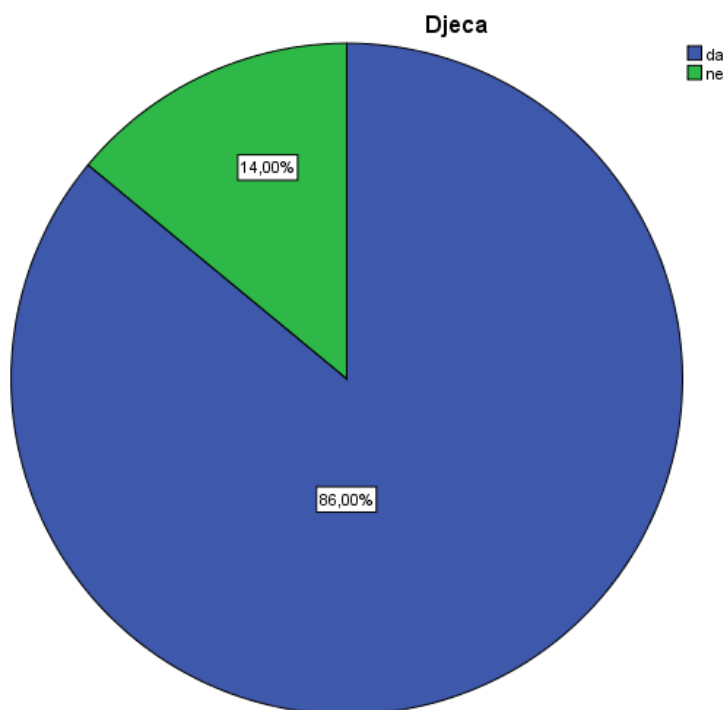
Samim time stariji su ispitanici rjeđe kao odgovor označili oženjeni/ udati (11 (19,6%)), od mlađih (18 (40,9%)). Također, ispitanici koji imaju više od 76 godina (5 (8,9%)) su rjeđe razvedeni od mlađih ispitanika (6 (13,6%)). Od ukupnog broja ispitanika, najviše njih je samo i ima srednju stručnu spremu 31 (31%), a najmanje onih koji razvedeni sa nižom stručnom spremom 4(4%). U svim trima kategorijama stupnja obrazovanja, NNS (21(65,6%)), SSS (31(56,4%)) i VSS (8(61,5%)) prevladavaju osobe koje su samci, a u svim kategorijama bračnog statusa, samci (31(51,7%)), oženjeni/udati (17 (58,6%)) i razvedeni (7(63,6%)) prevladava srednja stručna sprema. Nema niti jednog ispitanika koji je razveden i ima visoku stručnu spremu 0 (0%). Osobe koje su samci većinom žive u domu za starije (33(55,0%)), a manji broj njih u vlastitom domu (26 (43,3%)). Oženjeni/udati ispitanici su uglavnom u vlastitom domu sa visokih 26 (89,7%), a u domu za starije njih 3 (10,3%). Većina razvedenih ispitanika je također smještena u vlastitom domu (7 (63,6%)), dok je u domu za starije njih 4 (36,4%).

U usporedbi bračnog statusa i suživota ispitanika, pokazalo se da samci uglavnom žive u domu za starije (33(55,0%)), manji broj njih živi samo (18 (30,0%)), a najmanji broj njih živi s nekim drugim (9 (15,0%)). Od oženjenih/udanih većina živi s nekim drugim (22(75,9%)), manji broj njih živi samo (4(13,8%)), a najmanji broj njih živi u domu za starije (3(10,3%)). Razvedeni ispitanici uglavnom žive sami (6(54,5%)), manji broj njih živi u domu za starije (4(36,4%)), a svega 1 ispitanik živi s nekim drugim (9,1%).

Djeca

Posljednja nezavisna varijabla je bila varijabla *djeca*. Ispitanici su birali između odgovora *da* ili *ne* pri čemu bi ako su im djeca preminula označili odgovor *ne*. Od ukupnog broja ispitanika 86 (86 %) njih ima djecu, a 14 (14 %) ne (graf 8).

Graf 8: Djeca



Većina ispitanika koja ima djecu su uglavnom žene (68(79,1%)), a manjina muškarci (18(20,9%)). Od ispitanika koji nemaju djecu su također većina žene (11(78,6%)), a manjina muškarci (3(21,4%)). Djecu imaju češće stariji ispitanici (49(57,0%)), u odnosu na mlađe (37(43,0%)). Zanimljivo je da djecu nemaju podjednako mlađi i stariji ispitanici (7 (50,0%)). Varijable *djeca* i *stupanj obrazovanja* su pokazale da ispitanici koji imaju djecu većinom imaju srednju stručnu spremu (48 (55,8%)), zatim manji broj njih nižu stručnu spremu (26(30,2%)), a najmanji broj njih ima višu stručnu spremu (12(14,0%)). Ispitanici koji nemaju djecu su također isto raspoređeni, najveći broj njih ima srednju stručnu spremu (7 (50,0%)), zatim nižu stručnu spremu (6(42,9%)), pa najmanje visoku stručnu spremu (1(7,1%)). Najveći broj ispitanika koji ima djecu živi u vlastitom domu (52 (60,5%)), a manji broj njih živi u domu za starije (34 (39,5%)). Isto tako ispitanici koje nemaju djecu većinom žive u vlastitom domu (7(50,0%)), a manji broj njih u domu za starije (6(42,9%)). Jedan ispitanik koji nema djecu je kao odgovor označio nešto drugo (7,1%). Nadalje, na varijabli suživota se pokazalo da najveći broj ispitanika koji imaju djecu živi u domu za starije (34(39,5%)), zatim manji broj njih živi s nekim drugim (28(32,6%)), a najmanji broj njih živi samo (24(27,9%)). Ispitanici koji nemaju djecu su uglavnom većina također u domu za starije (6(42,9%)), a podjednak broj ispitanika bez djece živi samo ili sa nekim drugim (4(28,6%)). Posljednja usporedba je bila na varijabli

bračnog statusa i djece. Pokazalo se da je većina ispitanika koja ima djecu samac (49(57,0%)), manji broj njih je oženjeno/udato (27(31,4%)), a najmanji broj je razvedenih (10(11,6%)). Oni nemaju djecu su većinom samci (11(78,6%)), zatim oženjeni/udati (2(14,3%)), a razveden je samo 1 (7,1%).

2) Ispitati slijedeće pokazatelje kvalitete života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke: financije, zdravstvenu skrb, socijalne kontakte, aktivnosti, opće zadovoljstvo životom i usamljenost.

Ovim su istraživanjem ispitane zavisne varijable: *financije, zdravstvena skrb, socijalni kontakti, aktivnosti, opće zadovoljstvo životom i usamljenost*. U nastavku slijedi prikaz rezultata navedenih varijabli.

Financije

Prva zavisna varijabla su financije. U tablici 1 su prikazane frekvencije i postoci odgovora na tvrdnje varijable financija posebno muških i ženskih ispitanika, ukupni odgovori ispitanika te pripadajuće aritmetičke sredine.

Tablica 1: Financije

Financije	M (f(%))			Ž (f(%))			UKUPNO (f(%))			M	SD
	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da		
1. Imam sredstva za najosnovnije životne potrebe.	0 (0%)	5 (23,8%)	16 (76,2%)	5 (6,3%)	12 (15,2%)	62 (78,5%)	5 (5%)	17 (17%)	78 (78%)	2,73	0,548
2. Dobro živim od vlastitog novca.	3 (14,3%)	8 (38,1%)	10 (47,6%)	18 (22,8%)	22 (27,8%)	39 (49,4%)	21 (21%)	30 (30%)	49 (49%)	2,28	0,792
3. Financijski problem nije najteži problem u mojoj dobi.	6 (28,6%)	5 (23,8%)	10 (47,6%)	38 (48,1%)	16 (20,3%)	25 (31,6%)	44 (44%)	21 (21%)	35 (35%)	1,91	0,889
4. Financijski sam neovisan/na o drugima.	8 (38,1%)	3 (14,3%)	10 (47,6%)	27 (34,2%)	4 (5,1%)	48 (60,8%)	35 (35%)	7 (7%)	58 (58%)	2,23	0,941
5. Nije mi potrebna	11 (52,4%)	4 (19,0%)	6 (28,6%)	49 (62,0%)	10 (12,7%)	20 (25,3%)	60 (60%)	14 (14%)	26 (26%)	1,66	0,867

dodatna financijska pomoć.											
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rezultati su pokazali da se pokazalo da ispitanici najviše od svih financijskih potreba procjenjuju da posjeduju sredstva za najosnovnije životne potrebe ($M=2,73(SD=0,548)$). Ovaj nam rezultat ukazuje na to da osobe treće životne dobi u gradu Rijeci, bez obzira na različite životne okolnosti, ipak imaju zadovoljavajuće životne uvijete. Odmah nakon toga procjenjuju da dobro žive od vlastitog novca ($M=2,28(SD=0,792)$) i da su financijski neovisni o drugima ($M=2,23(SD=0,941)$) što ide u prilog tome da imaju sredstva za najosnovnije životne potrebe. U interpretaciji tih podataka valja uzeti u obzir da je 40 % ispitanika smješteno u domu za starije osobe i da se smještaj u domu plaća, ali ispitanici i dalje procjenjuju da su financijski neovisni. Može se zaključiti da ispitane osobe koje žive u domu ipak velikim djelom participiraju u troškovima svog smještaja u domu, i to sami ili uz manju financijsku pomoć sa strane. Ispitanici niže procjenjuju tvrdnju o tome da financijski problem nije najteži u njihovoj dobi ($M=1,91(SD=0,889)$) s time da su odgovori *ne* označavali neslaganje s navedenom tvrdnjom, stoga se rezultat interpretira obrnuto. Dakle, osobe smatraju da financijski problem nije najteži u njihovoj dobi, time smatraju da su neki drugi problemi teži. To također ide u prilog ranijim tvrdnjama o financijskoj neovisnosti i zadovoljavajućem financijskom stanju osoba treće dobi. Najniže ocjenjena tvrdnja je ona o tome da ne trebaju dodatnu financijsku pomoć ($M=1,66(SD=0,867)$). Ispitanici u velikoj mjeri smatraju da im je dodatna financijska pomoć potrebna, odnosno da bi dobro došla. Bez obzira što dobro žive od vlastitog novca, dodatna sredstva bi im sigurno olakšala život pa je logično da su ovu potrebu visoko ocijenili.

Zdravstvena skrb

Zdravstvena skrb se ispitivala uz pomoć tri tvrdnje navedene u tablici 2.

Tablica 2: Zdravstvena skrb

Zdravstvena skrb	M (f(%))			Ž (f(%))			UKUPNO (f(%))			M	SD
	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da		
1. Zbog zdravstvenog stanja želim da	9 (42, 9 %)	6 (28, 6 %)	6 (28, 6%)	42 (53,2 %)	10 (12, 7 %)	27 (34, 2 %)	51 (51 %)	16 (16 %)	33 (33%)	1,82	0,903

mi je netko stalno pri ruci.												
2. Razgovarao/la bih s nekim o svojim zdravstvenim problemima.	5 (23,8 %)	9 (42,9 %)	7 (33,3 %)	40 (50,6 %)	17 (21,5 %)	22 (27,8 %)	45 (45 %)	26 (26 %)	29 (29 %)	1,84	0,849	
3. Nije mi potrebna stalna liječnička pomoć.	9 (42,9 %)	6 (28,6 %)	6 (28,6 %)	39 (49,4 %)	9 (11,4 %)	31 (39,2 %)	48 (48 %)	15 (15%)	37 (37 %)	1,89	0,920	

Najviše ocjenjena tvrdnja je „Nije mi potrebna stalna liječnička pomoć“ ($M=1,89(SD=0,920)$). Ispitanici koji žive u domu za starije imaju stalno na raspolaganju medicinsko osoblje i liječnika, stoga ne čudi da im nije potrebna stalna pomoć. Također, ispitane osobe u domu su bile zdrave u smislu mogućnosti kretanja, mentalnih bolesti i drugih težih bolesti stoga je rezultat predvidljiv. Osim njih, osobe koje žive u vlastitim kućanstvima imaju mogućnost samostalnog kretanja i života općenito, stoga i njima nije potreban stalan oblik pomoći. Slijedeća je tvrdnja ispitivala potrebu za razgovorom o svojim zdravstvenim problemima i dosta je visoko ocjenjena ($M=1,84(SD=0,849)$). To nam govori da je osobama treće životne dobi, bez obzira na to da im ne treba stalna liječnička pomoć, ipak drago pričati o svom zdravlju. Posljednja je tvrdnja ispitivala potrebu ispitanika da im je stalno netko pri ruci ($M=1,82(SD=0,903)$). Osobe treće dobi koje su sudjelovale u istraživanju su samostalne po pitanju svog funkcioniranja (higijene, kretanja, hranjenja i dr.) stoga ne čudi da im ne treba stalni nadgled i pomoć.

Socijalni kontakti

Slijedeća je varijabla *socijalni kontakti* (tablica 3).

Tablica 3: Socijalni kontakti

Socijalni kontakti	M (f(%))			Ž (f(%))			UKUPNO (f(%))			M	SD
	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da		
1. Volio/la bih se češće družiti s osobama mlađe dobi.	7 (33,3 %)	4 (19,0 %)	10 (47,6 %)	28 (35,4 %)	21 (26,6 %)	30 (38,0 %)	35 (35 %)	25 (25 %)	40 (40 %)	2,05	0,869

2. Imam dovoljno društvenih kontakata.	1 (4,8 %)	6 (28,6 %)	14 (66,7 %)	12 (15,2 %)	15 (19,0 %)	52 (65,8 %)	13 (13 %)	21 (21 %)	66 (66 %)	2,53	0,717
3. Želim s nekim češće komunicirati, makar pismom ili telefonski.	9 (42,9 %)	4 (19,0 %)	8 (38,1 %)	33 (41,8 %)	14 (17,7 %)	32 (40,5 %)	42 (42 %)	18 (18 %)	40 (40 %)	1,98	0,910
4. Želim češće razgovarati s nekim.	5 (23,8 %)	6 (28,6 %)	10 (47,6 %)	21 (26,6 %)	19 (24,1 %)	39 (49,4 %)	26 (26 %)	25 (25 %)	49 (49 %)	2,23	0,839
5. Želim uspostaviti više prijateljstva.	8 (38,1 %)	3 (14,3 %)	10 (47,6 %)	34 (43,0 %)	20 (25,3 %)	25 (31,6 %)	42 (42 %)	23 (23 %)	35 (35 %)	1,93	0,879
6. Trebam pažnju od strane drugih.	6 (28,6 %)	6 (28,6 %)	9 (42,9 %)	40 (50,6 %)	20 (25,3 %)	19 (24,1 %)	46 (46 %)	26 (26 %)	28 (28 %)	1,82	0,845

Varijabla socijalnih kontakata osoba treće dobi je pokazala da ispitanici najviše procjenjuju da imaju dovoljno socijalnih kontakata ($M=2,53(SD=0,717)$). Međutim, odmah nakon slijedi tvrdnja „*Želim češće razgovarati s nekim*“ ($M=2,23(SD=0,839)$). Time se može zaključiti da bez obzira na zadovoljstvo ispitanika njihovim socijalnim kontaktima, ipak bi voljeli s nekim češće razgovarati. To nam ukazuje na to da je njihova potreba za razgovorom i interakcijama u trećoj dobi vrlo visoka bez obzira na njihovu društvenost. U prilog tome idu i visoko procijenjene potrebe za druženjem s mlađim osobama ($M=2,05(SD=0,869)$) i dodatnom komunikacijom pismom ili telefonski ($M=1,98(SD=0,910)$). Nešto je niže iskazana potreba za uspostavljanjem novih prijateljstava ($M=1,93(SD=0,879)$). Najniže je procijenjena potreba za pažnjom od strane drugih ($M=1,82(SD=0,845)$). Očito je da ispitanici pažnju od strane drugih percipiraju manje važnom od komunikacije, iako su iskazali potrebu za dodatnim razgovorom i druženjima.

Aktivnosti

Slijedeće ispitane potrebe su one za aktivnostima osoba treće dobi u gradu Rijeci (tablica 4).

Tablica 4: Aktivnosti

Aktivnosti	M (f(%))			Ž (f(%))			UKUPNO (f(%))			M	SD
	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da		
1. Trebam više organiziranih rekreativnih aktivnosti.	8 (38,1%)	3 (14,3%)	10 (47,6%)	37 (46,8%)	16 (20,3%)	26 (32,9%)	45 (45%)	19 (19%)	36 (36%)	1,91	0,900
2. Želim i dalje biti koristan/na u svojoj zajednici.	4 (19%)	3 (14,3%)	14 (66,7%)	15 (19,0%)	7 (8,9%)	57 (72,2%)	19 (19%)	10 (10%)	71 (71%)	2,52	0,797
3. Želja mi je da i dalje učim i usvajam nova znanja.	6 (28,6%)	3 (14,3%)	12 (57,1%)	30 (38,0%)	15 (19,0%)	34 (43,0%)	36 (36%)	18 (18%)	46 (46%)	2,10	0,905

Ispitanici su visoko procijenili potrebu za korisnošću u radu svoje zajednice ($M=2,52(SD=0,797)$). Time se vidi da su i dalje željni na neki način pridonositi okolini u kojoj žive. Za razliku od toga, manje su motivirani za daljnje učenje i usvajanje znanja ($M=2,10(SD=0,905)$). Ispitanici su iskazali najmanju potrebu za dodatnih organiziranim rekreativnim aktivnostima ($M=1,91(SD=0,900)$). To se može tumačiti da u domu za starije osobe treće dobi već imaju organizirane oblike rekreacije i druženja. Osobe koje žive u vlastitom domu također se mogu samostalno uključiti u neki oblik aktivnosti, a i to im je organizirano u sklopu klubova za starije osobe čiji su aktivni članovi.

Opće zadovoljstvo

Slijedeća ispitivana varijabla u anketnom upitniku je bila *opće zadovoljstvo* životom. Opće zadovoljstvo se ispitivalo uz pomoć 17 tvrdnji (tablica 5).

Tablica 5: Opće zadovoljstvo,

Opće zadovoljstvo	M (f(%))			Ž (f(%))			UKUPNO(f(%))			M	SD
	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da		
1. U više aspekata moj je život blizak idealnom.	6 (28,6%)	8 (38,1%)	7 (33,3%)	25 (31,6%)	30 (38,0%)	24 (30,4%)	31 (31%)	38 (38%)	31 (31%)	2,00	0,791

2. Uvjeti mog života su izvrsni.	5 (23,8%)	8 (38,1%)	8 (38,1%)	18 (22,8%)	32 (40,5%)	29 (36,7%)	23 (23%)	40 (40%)	37 (37%)	2,14	0,766
3. Zadovoljan/na sam svojim životom.	1 (4,8%)	6 (28,6%)	14 (66,7%)	18 (22,8%)	18 (22,8%)	43 (54,4%)	19 (19%)	24 (24%)	57 (57%)	2,38	0,789
4. Do sada imam sve važne stvari koje sam želio u životu.	3 (14,3%)	6 (28,6%)	12 (57,1%)	17 (21,5%)	21 (26,6%)	41 (51,9%)	20 (20%)	27 (27%)	53 (53%)	2,33	0,792
5. Kada bih ponovo živio svoj život ne bih mijenjao/la ništa.	4 (19,0%)	8 (38,1%)	9 (42,95%)	26 (32,9%)	21 (26,6%)	32 (40,55%)	30 (30%)	29 (29%)	41 (41%)	2,11	0,840
6. Sve u svemu ja sam jako sretna osoba.	3 (14,3%)	8 (38,1%)	10 (47,6%)	10 (12,7%)	21 (26,6%)	48 (60,8%)	13 (13%)	29 (29%)	58 (58%)	2,45	0,716
7. Život mi donosi puno zadovoljstva.	3 (14,3%)	9 (42,9%)	9 (42,9%)	11(13,9%)	23 (29,1%)	45 (57,0%)	14 (14%)	32(32%)	54(54%)	2,40	0,725
8. Općenito se dobro osjećam.	1 (4,8%)	6 (28,6%)	14 (66,7%)	12 (15,2%)	16 (20,3%)	51 (64,6%)	13(13%)	22(22%)	65(65%)	2,52	0,717
9. Mislim da sam sretna osoba.	2 (9,5%)	8 (38,1%)	11 (52,4%)	9 (11,4%)	19 (24,1%)	51 (64,6%)	11 (11%)	27(27%)	62(62%)	2,51	0,689
10. U cjelini gledajući ja sam više sretna/na od drugih ljudi	3(14,3%)	9 (42,9%)	9 (42,9%)	18 (22,8%)	22 (27,8%)	39 (49,4%)	21 (21%)	31(31%)	48(48%)	2,27	0,790
11. Često sam veseo/la i dobro raspoložen/na.	0 (0,0%)	7 (33,3%)	14 (66,7%)	12 (15,2%)	21 (26,6%)	46 (58,2%)	12 (12%)	28 (28%)	60(60%)	2,48	0,703
12. Mislim da sam sretna/na	1 (4,8%)	7 (33,3%)	13 (61,9%)	10 (12,7%)	27 (34,2%)	42 (53,2%)	11 (11%)	34(34%)	55(55%)	2,44	0,686

barem koliko i drugi ljudi.												
13. Moja budućnost izgleda dobro.	4 (19,0%)	9 (42,9%)	8 (38,1%)	16 (20,3%)	28 (35,4%)	35 (44,3%)	20 (20%)	37(37%)	43 (43%)	2,23	0,763	
14. Zadovoljan/na sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.	0 (0,0%)	10 (47,6%)	11 (52,4%)	9 (11,4%)	35 (44,3%)	35 (44,3%)	9 (9%)	45(45%)	46(46%)	2,37	0,646	
15. Što god da se dogodi mogu vidjeti i svjetlu stranu.	0(0,0%)	6 (28,6%)	15 (71,4%)	5 (6,3%)	17 (21,5%)	57 (72,2%)	5(5%)	23(23%)	72 (72%)	2,67	0,570	
16. Uživam živjeti.	0 (0,0%)	4 (19,0%)	17 (81,0%)	7 (8,9%)	12 (15,2%)	60 (75,9%)	7 (7%)	16 (16%)	77(77%)	2,70	0,595	
17. Moj mi se život čini smislen.	0 (0,0%)	6 (28,6%)	15 (71,4%)	7 (8,9%)	20 (25,3%)	52 (65,8%)	7 (7%)	26(26%)	67(67%)	2,60	0,620	

Od svih 17 tvrdnji varijable općeg zadovoljstva životom, raspon odgovora se kreće od visokih $M=2,00(SD=0,791)$ na tvrdnji „U više aspekata moj je život blizak idealnom“ do $M=2,70(SD=0,595)$ na tvrdnji „Uživam živjeti“. Među tvrdnjama koje su ispitanici procijenili s najvišim odgovorima su one o pozitivnom stavu prema životu ($M=2,67(SD=0,570)$) i da uvijek mogu vidjeti svjetlu stranu bez obzira što se dogodi ($M=2,67(SD=0,570)$). Osim toga ispitanici smatraju da njihov života ima smisla ($M=2,60(SD=0,620)$), da se općenito dobro osjećaju ($M=2,52(SD=0,711)$) i da su sretni ($M=2,51(SD=0,689)$), ($M=2,45(0,716)$). Upravo ti visoki odgovori ukazuju na to da su ispitanice osobe treće dobi u gradu Rijeci vrlo optimistične i pozitivne, bez obzira na različite životne uvijete, starost i bolest. Srednjom procjenom djelomično prema da ocjenjuju da su uvjeti njihovih života izvrsni ($M=2,14(SD=0,766)$), da u svom životu ne bi ništa mijenjali ($M=2,11(SD=0,840)$) i da njihova budućnost izgleda dobro ($M=2,23(SD=0,763)$). Ostale srednje do visoko procijenjene tvrdnje su one o zadovoljstvu životom ($M=2,38(SD=0,789)$), ispitanici imaju sve važne stvari u životu ($M=2,33(SD=0,792)$), sretni su pa čak i više od drugih ljudi ($M=2,27(SD=0,790)$), dobro su raspoloženi

($M=2,48(SD=0,703)$), zadovoljni su načinom kako im se ostvaruju planovi ($M=2,37(SD=0,646)$) i život im donosi puno zadovoljstva ($M=2,40(SD=0,725)$). Sve navedene tvrdnje ukazuju na vrlo visoko opće zadovoljstvo životom osoba treće životne dobi u gradu Rijeci.

Usamljenost

Posljednja ispitivana zavisna varijabla je bila *usamljenost*. Usamljenost se ispitala uz pomoć 7 tvrdnji navedenih u tablici 6.

Tablica 6: Usamljenost

Usamljenost	M (f(%))			Ž (f(%))			UKUPNO(f(%))			M	SD
	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da	Ne	Djelomično	Da		
1. Imam svoje društvo za druženje.	0(0,0%)	2(9,5%)	19(90,5%)	9(11,4%)	10(12,7%)	60(75,9%)	9(9%)	12(12%)	79(79%)	2,70	0,628
2. Imam osobe s kojima sam blizak/ska.	1(4,8%)	2(9,5%)	18(85,7%)	5(6,3%)	10(12,7%)	64(81,0%)	6(6%)	12(12%)	82(82%)	2,76	0,553
3. S drugima dijelim svoja mišljenja i ideje.	2(9,5%)	4(19,0%)	15(71,4%)	12(15,2%)	20(25,3%)	47(59,5%)	14(14%)	24(24%)	62(62%)	2,48	0,731
4. Imam osobe koje me dobro poznaju.	0(0,0%)	2(9,5%)	19(90,5%)	4(5,1%)	12(15,2%)	63(79,7%)	4(4%)	14(14%)	82(82%)	2,78	0,504
5. Moji socijalni odnosi su jako dobri.	0(0,0%)	9(42,9%)	12(57,1%)	6(7,6%)	23(29,1%)	50(63,3%)	6(6%)	32(32%)	62(62%)	2,56	0,608
6. Smatram se otvorenom osobom.	3(14,3%)	2(9,5%)	16(76,2%)	7(8,9%)	19(24,1%)	53(67,1%)	10(10%)	21(21%)	69(69%)	2,59	0,668
7. Ljudi	0(0,0%)	11(52,4%)	10(47,6%)	2(2,5%)	33(41,8%)	44(55,7%)	2(2%)	44(44%)	54(54%)	2,52	0,541

mi pridaju željenu pažnju.											
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Od navedenih tvrdnji, najveću aritmetičku sredinu ima tvrdnja „Imam osobe koje me dobro poznaju“ $M=2,78$ ($SD=0,504$), a najmanju tvrdnja „S drugima dijelim svoja mišljenja i ideje“ $M=2,48$ ($SD=0,731$). Ispitanici visoko procjenjuju da imaju svoje društvo za druženje ($M=2,70$ ($SD=0,628$)), imaju osobe s kojima su bliski ($M=2,76$ ($SD=0,553$)), imaju dobre socijalne odnose ($M=2,56$ ($SD=0,608$)), otvorene su osobe ($M=2,59$ ($SD=0,668$)) i ljudi im pridaju željenu pažnju ($M=2,52$ ($SD=0,541$)). Dakle, ispitane osobe treće životne dobi u gradu Rijeci nisu usamljene. Tome u prilog ide odabir uzorka ispitanika koji žive u domu za starije i tu imaju mnoštvo socijalnih kontakata i vremena za druženje. Osim toga, osobe koje žive u vlastitim domovima članovi su klubova za starije osobe i tu zadovoljavaju svoje potrebe socijalizacije i komunikacije.

Osim analiziranih pojedinačnih tvrdnji zavisnih varijabli, kako je ranije spomenuto, zbrojene su pojedinačne tvrdnje svake zavisne varijable radi lakše usporedbe rezultata i dobivene su nove sumirane varijable: financije, socijalni kontakti, aktivnosti, opće zadovoljstvo životom i usamljenost². U tablici 7 su prikazane zbrojene varijable sa pripadajućim minimumom, maksimumom, aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom.

Tablica 7: Zavisne varijable kvalitete života (potreba)

	Minimum	Maksimum	M	SD
1. Opće zadovoljstvo	18,00	51,00	40,6000	7,32920
2. Usamljenost	13,00	21,00	18,3900	2,55404
3. Socijalni kontakti	6,00	18,00	12,5400	2,89346
4. Financije	5,00	15,00	10,8100	2,63885
5. Aktivnosti	3,00	9,00	6,5300	1,89340

3) Ispitati povezanost između slijedećih pokazatelja kvalitete života osoba treće životne dobi koje žive na području grada Rijeke: financija, zdravstvene skrbi, socijalnih kontakata, aktivnosti, općeg zadovoljstva životom i usamljenosti.

² Zavisna varijabla zdravstvene skrbi je u daljnjim obradama podataka izbačena zbog nemogućnosti zbrajanja pojedinačnih tvrdnji u jedinstvenu varijablu.

Između varijabli *financija, socijalnih kontakata, aktivnosti, općeg zadovoljstva životom i usamljenosti* ispitana je povezanost preko Pearsonovog koeficijenta korelacije u programu za statističku obradu podataka SPSS-u. U tablici 8 su prikazani rezultati korelacija navedenih varijabli.

Tablica 8: Korelacije zavisnih varijabli

	Opće zadovoljstvo	Usamljenost	Financije	Socijalni kontakti	Aktivnosti
Opće zadovoljstvo	1	0,487**	0,230*	0,095	0,227*
Usamljenost		1	0,168	0,217*	0,312**
Financije			1	0,006	0,146
Socijalni kontakti				1	0,427**
Aktivnosti					1

**Korelacije su značajne na razini 0,01 (2-tailed)

*Korelacije su značajne na razini 0,05 (2-tailed)

Iz tablice je moguće vidjeti da postoji statistički značajna pozitivna korelacija između varijabli *općeg zadovoljstva životom i usamljenosti* ($r=0,487$; $p<0,01$). Ovo je ujedno i najviša korelacija iz koje možemo zaključiti da su osobe koje su svoje opće zadovoljstvo životom procijenile visokom ujedno i svoju *ne* usamljenost procijenile visokom. Dakle, osobe treće životne dobi u gradu Rijeci koje imaju svoje društvo za druženje i razgovor, nisu usamljene stoga pokazuju visoko opće zadovoljstvo životom.

Slijedeća statistički značajna pozitivna povezanost se pokazala između varijabli *socijalnih kontakata i aktivnosti* ($r=0,427$, $p<0,01$). Na ovim su varijablama ispitanici procjenjivali u kojoj mjeri trebaju više socijalnih kontakata: druženja s mladima, komunikacije, pažnje, prijateljstva i kojoj mjeri trebaju više aktivnosti: aktivnosti rekreacije, usvajanja znanja i biti koristan u zajednici. Značajna pozitivna povezanost nam govori da osobe treće dobi u gradu Rijeci trebaju više organiziranih aktivnosti koje su u uskoj vezi sa njihovim potrebama obogaćivanja društvenog života i socijalizacije.

Usporedbom varijabli *usamljenost* i *aktivnosti* je također dobivena statistički značajna pozitivna korelacija ($r=0,312, p<0,01$) koja ukazuje na to da višim procjenama potrebe za aktivnostima rekreacije, aktivnog uključivanja u zajednicu i učenja, odgovara i visoka procjena *ne* usamljenost ispitanika. Ovaj se rezultat može tumačiti na način da visoka razina socijalizacije ispitanika za sobom povlači potrebu za još većom aktivnošću u zajednici i većim brojem rekreativnih aktivnosti. Time se društveni život ispitanika koji imaju veliki broj kontakata upotpunjuje u smislu njihove aktivnosti u zajednici.

Nadalje, *opće zadovoljstvo životom* i *financije* su također u pozitivnoj i statistički značajnoj korelaciji ($r=0,230, p<0,05$). Ovaj nam podatak ukazuje na to da su ispitane osobe treće dobi u velikoj mjeri zadovoljne svojim financijskim stanjem i neovisnošću, a ujedno i pokazuju visoku razinu sreće, dobrih uvjeta života, dobrog raspoloženja dakle općeg zadovoljstva životom. Može se zaključiti da je financijsko stanje vrlo važan faktor zadovoljstva životom kod osoba treće životne dobi u gradu Rijeci.

Još jedna zanimljiva, pozitivna i statistički značajna korelacija se pokazala između varijabli *opće zadovoljstvo* i *aktivnosti* ($r=0,227, p<0,05$). Ispitanici su tako iskazali potrebu za novim aktivnostima i uključivanjem u zajednicu, a u isto vrijeme visoko procjenjuju svoje zadovoljstvo životom. To može značiti da je bez obzira na visoko zadovoljstvo životom ispitanicima i dalje potrebna određena vrsta zanimacije u smislu uključivanja u nove oblike aktivnosti. Dakle opće zadovoljstvo životom ne mora ukazivati da su sva ostala područja potreba zadovoljena, kao ni obrnuto, da nisko zadovoljstvo životom ne mora značiti da druge potrebe osoba treće dobi nisu zadovoljene.

Posljednja pozitivna i statistički značajna korelacija se pokazala na varijablama *usamljenost* i *socijalni kontakti* ($r=0,217, p<0,05$). Ove su varijable vrlo sličnih tematskih karakteristika, ali obrnutih vrijednosti. Kao što je više puta spomenuto, usamljenost se ispitivala kao *ne* usamljenost i društvenost osoba treće dobi, a socijalni kontakti preko potrebe za dodatnim druženjem i komunikacijom. Stoga su rezultati vrlo različiti. Osobe treće dobi procjenjuju da nisu usamljene, imaju osobe s kojima su bliske i imaju dobre socijalne odnose. U isto vrijeme na varijabli socijalnih kontakata, visoko izražavaju potrebu za druženjem s mlađim osobama, češćim razgovorom i novim prijateljima. Ovi nam podaci ukazuju na važnu ulogu socijalizacije osoba treće dobi. Budući da više nisu zaposleni i da su na neki način povučeni u odnosu na

raniji život, ne čudi činjenica da im je društvo u velikoj mjeri potrebno. U prilog tome govore podaci da bez obzira na to da imaju bliske osobe i prijatelje, potreba za novim ljudima je i dalje visoko izražena.

Korelacijama su dobiveni brojni podaci koji obogaćuju sve prijašnje rezultate o općim sociodemografskim obilježjima.

4) *Ispitati razlike u kvaliteti života osoba treće životne dobi koje žive na području grada Rijeke s obzirom na opća sociodemografska obilježja (spol, dob, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja, s kim žive, bračni status, obiteljski status).*

Kako bi ispitali razlike u kvaliteti života osoba treće dobi s obzirom na njihova sociodemografska obilježja, bilo je potrebno najprije provjeriti raspodjelu odgovora ispitanika na svakoj nezavisnoj varijabli. Od svih nezavisnih varijabli jedino su varijable *dob* i *mjesto stanovanja* zadovoljavale uvijete za provođenje t-testa razlika za nezavisne uzorke u programu za statističku obradu podataka SPSS. Budući da je na varijablama *spol*, *stupanj obrazovanja*, *bračni status* i *djeca* bila velika razlika između grupa odgovora ispitanika, one su zanemarene iz tehničkih razloga. Preostala varijabla suživota je ispitana pomoću analize varijance za nezavisne uzorke (ANOVA).

U tablici 9 su prikazani rezultati t-testa zajedno sa pripadajućim *t* koeficijentom, stupnjevima slobode i *p* razinu značajnosti. Za svaku skupinu odgovora je još dodana aritmetička sredina i standardna devijacija kako bi preciznije prikazali rezultate.

Tablica 9: Rezultati t-testa razlika za nezavisne uzorke

	DOB ISPITANIKA			Od 65 do 75 godina		76 godina i više		MJESTO STANOVANJA			Vlastiti dom		Dom za starije	
	t	df	p	M	SD	M	SD	t	df	p	M	SD	M	SD
Opće zadovoljstvo	-0,068	97,78	0,946	40,54	6,128	40,64	8,205	1,222	97	0,225	41,41	6,592	39,57	8,280
Usamljenost	0,301	98	0,764	18,48	2,425	18,32	2,670	0,172	97	0,864	18,44	2,561	18,35	2,597
Financije	1,478	97,92	0,143	10,39	2,212	11,14	2,907	0,599	70,03	0,551	10,97	2,370	10,62	3,027
Socijalni	1,38	98	0,15	12,0	2,49	12,8	3,14	-	67,3	0,84	12,4	2,53	12,6	3,41

kontakti	2		9	9	4	9	9	0,19 8	4	3	7	5	0	0
Aktivnosti	1,03 0	98	0,30 5	6,75	1,90 6	6,36	1,88 2	1,29 8	97	0,19 8	6,72	1,97 2	6,22	1,77 6

**Korelacije su značajne na razini 0,01 (2-tailed)

*Korelacije su značajne na razini 0,05 (2-tailed)

Provedeno je 5 t-testova za nezavisne uzorke s ciljem utvrđivanja postoji li statistički značajna razlika u percepciji *općeg zadovoljstva životom, usamljenosti, financija, socijalnih kontakata* i *aktivnosti* osoba treće životne dobi u odnosu na *dob* ispitanika. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između *općeg zadovoljstva životom* ($t(97,78)=-0,68$, $p>0,05$), *usamljenosti* ($t(98)=0,301$, $p>0,05$), *financija* ($t(97,92)=1,478$, $p>0,05$), *socijalnih kontakata* ($t(98)=1,382$, $p>0,05$) i *aktivnosti* ($t(98)=1,030$, $p>0,05$) osoba treće životne dobi u odnosu na *dob* ispitanika.

Nadalje, za iste zavisne varijable su provedeni t-testovi za nezavisne uzorke kako bi se ispitalo postoji li statistički značajna razlika između varijabli *općeg zadovoljstva životom, usamljenosti, financija, socijalnih kontakata* i *aktivnosti* osoba treće životne dobi u odnosu na *mjesto stanovanja* ispitanika. Rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna razlika između *općeg zadovoljstva životom* ($t(97)=1,222$, $p>0,05$), *usamljenosti* ($t(97)=0,172$, $p>0,05$), *financija* ($t(70,03)=0,599$, $p>0,05$), *socijalnih kontakata* ($t(67,34)=1,382$, $p>0,05$) i *aktivnosti* ($t(97)=0,356$, $p>0,05$) osoba treće životne dobi u odnosu na *dob* ispitanika.

Iz svega navedenog možemo zaključiti da se ispitane osobe treće životne dobi u gradu Rijeci značajno ne razlikuju po kvaliteti života s obzirom na njihovu *dob* niti *mjesto stanovanja*. Dakle mlađe (od 65 do 75 godina starosti) osobe treće dobi, kao i one starije (od 76 godina i više) svoju kvalitetu života procjenjuju gotovo jednakom. Također, ispitane osobe treće dobi koje žive u vlastitom domu i one koje žive u domu za starije, svoju kvalitetu života procjenjuju približno jednako.

Nadalje, kao što je ranije rečeno, varijabla suživota se pokazala prikladnom za provođenjem analize varijanci nezavisnih uzoraka. Rezultati analize varijanci za nezavisne uzorke su prikazani u tablici 10.

Tablica 10: Rezultati analize varijance za nezavisne uzorke

	SUŽIVOT			Sami		S nekim drugim		U domu za starije	
	F	df	p	M	SD	M	SD	M	SD
Opće zadovoljstvo	2,196	2,97	0,117	39,53	6,100	42,81	6,741	39,57	8,280
Usamljenost	0,118	2,97	0,889	18,25	2,303	18,56	2,770	18,35	2,597
Financije	0,456	2,97	0,635	11,21	2,217	10,69	2,494	10,62	3,410
Socijalni kontakti	0,077	2,97	0,926	12,36	2,512	12,62	2,560	12,60	3,410
Aktivnosti	1,937	2,97	0,150	6,35	1,704	7,06	2,124	6,22	1,775

Analizom varijance za nezavisne uzorke ispitano je postoji li statistički značajna razlika između varijabli *općeg zadovoljstva životom*, *usamljenosti*, *financija*, *socijalnih kontakata* i *aktivnosti* s obzirom na *suživot* ispitanika. Utvrđeno je da ne postoji statistički značajna razlika između *općeg zadovoljstva životom* ($F(2,97)=2,196, p>0,05$), *usamljenosti* ($F(2,97)=0,118, p>0,05$), *financija* ($F(2,97)=0,456, p>0,05$), *socijalnih kontakata* ($F(2,97)=0,077, p>0,05$) i *aktivnosti* ($F(2,97)=1,937, p>0,05$) ispitanika u odnosu na njihov *suživot*. Ti podaci govore da su ispitanici bez obzira na njihov suživot, sami, s nekim drugim ili u domu, slično procijenili svoju kvalitetu života na varijablama *općeg zadovoljstva životom*, *usamljenosti*, *financija*, *socijalnih kontakata* i *aktivnosti*. Dakle od sedam postavljenih hipoteza, jedino je prva hipoteza „*Razina kvalitete života ispitanika se ne razlikuje značajno po spolu ispitanika*“ prihvaćena, a druge su odbačene.

5) *Povezati kvalitetu života osoba treće životne dobi koji žive na području grada Rijeke sa ranije provedenim istraživanjima kvalitete na hrvatskoj i europskoj razini.*

Ovim su istraživanjem dobiveni zanimljivi rezultati kvalitete života osoba treće dobi u gradu Rijeci. Prilikom usporedbe rezultata treba imati na umu uzorak istraživanja koji obuhvaća osobe treće životne dobi koje žive u domu za starije i osobe koji su članovi klubova umirovljenika što bitno određuje njihov socijalni život, ali i druge pokazatelje kvalitete života. Osim toga, ispitanici su bez većih zdravstvenih problema što također može znatno utjecati na rezultate istraživanja. U nastavku su rezultati provedenog istraživanja uspoređeni s rezultatima ranijih istraživanja prikazani po zavisnim varijablama.

Financije

Rezultati istraživanja pokazuju da su ispitanice starije osobe u gradu Rijeci uglavnom zadovoljne svojim financijskim potrebama. Najviše procjenjuju da imaju sredstva za

najosnovnije potrebe, ali bi voljeli primati dodatnu financijsku pomoć. Također, procjenjuju da su djelomično do potpuno financijski neovisni o drugima što je za osobe treće iznenađujući podatak. Budući da su ranija istraživanja pokazala da su starije osobe i umirovljenici rizična skupina za razvoj siromaštva, možemo zaključiti da naši ispitanici žive u relativno dobrim financijskim uvjetima. Istraživanje autora Šućura (2008) je pokazalo da je u hrvatskoj veliki broj starijih ljudi bez mirovinskih primanja i te iste osobe pokazuju manji stupanj zadovoljstva životom od ostalih. U prilog tome idu rezultati ovog istraživanja gdje je financijsko blagostanje značajno povezano sa kvalitetom života osoba treće dobi. Razlike po spolu ispitanika na varijabli financija nema. Druga su istraživanja pak pokazala da su muškarci češće svoje financijsko stanje prikazuju lošim (Laklija, Rusac, Žganec:2008). Naravno, uzorak ispitanika u tome igra važnu ulogu jer su naši ispitanici, i muški i ženski uglavnom sličnih životnih karakteristika.

Zdravstvena skrb

Zdravlje je jedno od najvažnijih pitanja kvalitete života osoba treće dobi. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da ispitanici treće dobi s riječkog područja uglavnom osrednje procjenjuju potrebu za stalnom medicinskom pomoći i potrebu za razgovorom o zdravlju. Razlog tome može biti njihov život u domu za starije osobe gdje su te potrebe svakodnevno zadovoljene. Naime, u domu imaju više medicinskih sestara na stalnom raspolaganju i doktora. Za razgovor o zdravlju imaju i mnoštvo drugih osoba sa sličnim problemima i zdravstvenim poteškoćama, stoga ne začuđuje da su samo djelomično potrebni takvog osoblja. Nadalje, osobe koje žive u vlastitim domovima su pokretne i društvene, stoga ne ističu pretjeranu potrebu za zdravstvenom pomoći ni razgovorom o zdravlju. Osim navedenih rezultata, varijabla zdravstvene skrbi se zbog loših metrijskih karakteristika nije mogla uspoređivati s nekim drugim pokazateljima kvalitete života, ako ni općih sociometrijskih obilježja. Međutim, druga su istraživanja pokazala da osobe treće dobi koje su braku žive duže i zdravije (Rogers:1992 prema Brajković:2010). Osim toga, pokazalo se da nezadovoljstvo brakom čini osobe sklonijima zdravstvenim problemima (Havleka :1998 prema Brajković: 2010). Uspoređujući osobe koje žive u domu za starije i one koji žive u svojim domovima, pokazalo se da osobe u domovima imaju više zdravstvenih problema i da svoju kvalitetu života procjenjuju niskom (Čanković i sur.:2016).

Socijalni kontakti

Socijalni kontakti su kao indikator kvalitete života vrlo zanimljivi za promatranje i tumačenje. Naime, osobe treće dobi socijalne kontakte smatraju vrlo važnima, u toj mjeri da ih stavljaju ispred zdravstvenih potreba i financija (Mužinić, Žitnik:2007). Rezultati ovog istraživanja pokazuju da su ispitanici potrebu za dodatnim socijalnim kontaktima procijenili kao *djelomično do potrebnu*. Zanimljivo je kako je kasnije ispitana *usamljenost* pokazala da te osobe zapravo imaju puno društvenih kontakata i bliskih osoba, ali i dalje svoje socijalne potrebe označavaju kao djelomično potrebne. Ti nam podaci govore u prilog tome da bez obzira na zdravstveno stanje i financije, društvo čini važan, ako ne i najvažniji aspekt zadovoljstva životom osoba treće dobi u gradu Rijeci, a i šire. Jaka korelacija između socijalnih kontakata i aktivnosti ukazuje na potrebu za novim prijateljstvima, ali i aktivnostima u zajednici. Neka istraživanja navode da su čak stariji ljudi zadovoljni svojim socijalnim vezama (Bondevik, Stogstad :1996 prema Brajković:2010), dok drugi autori govore kako su socijalne veze starijih vrlo slabe (Despot-Lučanin i sur.:2005). U ovom se istraživanju nisu pokazale nikakve značajne razlike po spolu, ni dobi na varijabli socijalnih kontakata. Dakle društveni život starijih osoba je vrlo intrigantan i važan faktor zadovoljstva životom u trećoj dobi.

Aktivnosti

Istraživanja na području aktivnosti starijih osoba su uglavnom usmjerena na prepoznavanje specifičnosti aktivnog života starijih osoba s naglaskom na razlike po spolu. Tako autor Milosaljević (2011) je u svom istraživanju dobio rezultate koji govore da žene uglavnom svoje aktivnosti usmjeravaju prirodi, druženjima na otvorenom ili izletima, a muškarci više vole svakodnevna druženja. Rezultati ovog istraživanja nisu pokazali razlike između spolova po pitanju potreba za aktivnostima, kao ni po drugima općim karakteristikama ispitanika. Međutim, aktivnosti su pokazale visoku korelaciju sa usamljenosti i socijalnim kontaktima. Dakle osobe koje imaju potrebu za dodatnim aktivnostima, žele biti više društveno aktivne, steći nove prijatelje, ne osjećaju se usamljeno, imaju bliske osobe i uz sve to pokazuju visoki stupanj općeg zadovoljstva životom. Ovi rezultati se slažu s onima autora Ilića i Županića (2014) koji su dokazali da osobe koje se bave različitim aktivnostima i one koje imaju želju baviti se aktivnostima pokazuju veliki stupanj zadovoljstva životom, bolje zdravlje i imaju

osjećaj korisnosti. Dakle, bavljenje nekim aktivnostima je važan element zadovoljstva starijih ljudi koji kao takav utječe na razinu kvalitete života u starijoj dobi.

Usamljenost

Posljednji rezultati se odnose na mjerenu usamljenost, zapravo *ne* usamljenost osoba treće dobi u gradu Rijeci. Specifičnost ispitanika je upravo visoka razina društvenosti i socijalnih kontakata na raspolaganju, stoga ne začuđuje da je njihova *ne* usamljenost vrlo visoko ocjenjena. Od svih pokazatelja kvalitete života, *ne* usamljenost je najizraženiji pokazatelj kvalitete života osoba u gradu Rijeci. Navedeni rezultati, dakle, značajno odstupaju od ostalih istraživanja u kojima se stariji ljudi procjenjuju vrlo usamljenima (Schaie:2001 prema Brajković:2010). Osim toga, rezultati drugih istraživanja pokazuju značajne razlike u odnosu na spol ispitanika. Tako se muškarci smatraju više usamljenima od žena, a i usamljenije su osobe koje nemaju potomstva i one koje su izgubile supružnika. U ovom su istraživanju također ispitivane sve navedene razlike i niti jedna razlika se nije pokazala statistički značajnom. Međutim, usporedbom usamljenosti i općeg zadovoljstva životom pokazala se značajna povezanost. Dakle ispitane osobe nisu same i jako su zadovoljne svojim životom.

Za kraj valja spomenuti da su ispitane osobe treće dobi u gradu Rijeci specifičnih životnih uvjeta, stoga se rezultati samo djelomično poklapaju sa ranije provedenim istraživanjima ovog područja.

5. ZAKLJUČAK

Na temelju provedenog istraživanja zaključuje se da su sve istaknute dimenzije kvalitete života treće životne dobi, zaista dobri pokazatelji uvjeta života starijih osoba u gradu Rijeci. Također, njihovom analizom otvorila su se nova pitanja o životu osoba treće dobi koja čine podlogu za novim istraživanjima ovog područja.

Rezultati su pokazali da osobe treće životne dobi koji žive u domu za starije i u vlastitim domovima u gradu Rijeci pokazuju visoku kvalitetu života s obzirom na ispitane pokazatelje: *financije, zdravstvenu skrb, socijalne kontakte, aktivnosti, opće zadovoljstvo životom i usamljenost*. Od svih dobivenih rezultata i analiza podataka, možemo zaključiti da je najizraženiji aspekt kvalitete života *ne usamljenost* starijih osoba u gradu Rijeci. Ona je visoko povezana sa općim zadovoljstvom ispitanika i socijalnim kontaktima. Odmah nakon *ne usamljenosti*, osobe treće životne dobi svoje opće zadovoljstvo životom procjenjuju vrlo visoko. Slijedi zadovoljstvo financijama, zatim potreba za aktivnostima i socijalnim kontaktima, niže procjenjuju svoje potrebe za zdravstvenom pomoći.

U skladu s navedenim rezultatima moguće je planirati specifične aktivnosti za osobe treće dobi u gradu Rijeci. U obzir treba uzeti ispitane aspekte kvalitete života osoba treće dobi uz poštivanje njihovih individualnih razlika. Time bi se u radu s njima kvaliteta njihovih života povećala te omogućila im pristojnu i mirnu starost.

6. SAŽETAK

Starenje je proces otpadanja funkcija organizma, za razliku od starosti koju definiramo kao posljednju fazu života. Kvaliteta života osoba treće životne dobi u velikoj je mjeri određena faktorima kao što su: financije, zdravlje, socijalni kontakti, aktivnosti i opće zadovoljstvo životom. Provedeno je istraživanje s ciljem ispitivanja kvalitete života osoba treće životne dobi u gradu Rijeci koje žive u domu za starije osobe i oni koji žive u vlastitim domovima. Rezultati istraživanja su pokazali visoku kvalitetu života osoba treće dobi na svim ispitanim varijablama, s posebnim naglaskom na socijaliziranost ispitanika. Između općih sociodemografskih podataka (spola, dobi, stupnja obrazovanja, mjesta stanovanja, suživota, bračnog statusa, obiteljskog statusa) i ispitanih pokazatelja kvalitete života nema statistički značajne razlike.

Ključne riječi: Starost, starenje, treća životna dob, kvaliteta života

6. SUMMARY

The aging is a process of drop functions of the organism, in contrast to the age which we define as the last stage of life. The quality of life of the elderly is largely determined by factors such as: finance , health , social contacts , activities and general life satisfaction. This research was carried out with the aim of testing the quality of life of the elderly in the city of Rijeka living in a home for the elderly and those living in their own homes. The results showed a high quality of life of elderly people in all tested variables, with special emphasis on the sociability of respondents. Among the general socio-demographic data (gender, age, education level, place of residence, cohabitation, marital status, family status) and surveyed indicators of quality of life does not exist statistically significant difference.

Key words: old age, aging, third age, quality of life

7. POPIS PRILOGA

7.1. Anketni upitnik: *Zadovoljstvo životom u trećoj dobi*

ANKETA

Poštovani ,

U sklopu svog diplomskog rada na studiju pedagogije pod nazivom „Kvaliteta života osoba treće životne dobi“ na Filozofskom fakultetu u Rijeci ispitujem određene karakteristike osoba treće životne dobi. Molim Vas za suradnju kroz ispunjavanje dolje priloženog anketnog upitnika. Napominjem da će se rezultati ovog istraživanja koristiti isključivo za potrebe ovog diplomskoga rada. Za sva dodatna pitanja obratite se anketaru.

Puno hvala!

ZAOKRUŽITE:

SPOL:	1. M	2. Ž	
DOB:	1. od 65 - 75	2. 76 i više	
STUPANJ OBRAZOVANJA:	1. NSS	2. SSS	3. VSS
MJESTO STANOVANJA:	1. vlastiti dom	2. dom za starije	3. drugo
ŽIVITE:	1. sami	2. s nekim drugim	3. u domu za starije
BRAČNI STATUS:	1. samac	2. oženjen/udata	3. razveden
IMATE DJECE:	1. Da	2. Ne	

Ispred Vas se nalaze tvrdnje koje opisuju potrebe starijih. Molim Vas da uz dolje navedene tvrdnje zaokružite **SAMO JEDAN** od ponuđenih odgovora koji znače:

1 – NE

2– DJELOMIČNO

3– DA

1. Zbog zdravstvenog stanja želim da mi je netko stalno pri ruci.	1	2	3
2. Dobro živim od vlastitog novca.	1	2	3
3. Želim češće razgovarati s nekim.	1	2	3
4. Financijski sam neovisan o drugima.	1	2	3
5. Imam dovoljno društvenih kontakata.	1	2	3
6. Imam sredstva za najosnovnije životne potrebe.	1	2	3
7. Razgovarao/la bih s nekim o svojim zdravstvenim problemima.	1	2	3
8. Želim i dalje biti koristan/na u svojoj zajednici.	1	2	3
9. Volio/la bih se češće družiti s osobama mlađe dobi.	1	2	3
10. Nije mi potrebna dodatna financijska pomoć.	1	2	3
11. Želim s nekim češće komunicirati, makar pismom ili telefonski.	1	2	3
12. Financijski problem nije najteži problem u mojoj dobi.	1	2	3
13. Želim uspostaviti više prijateljstva.	1	2	3
14. Želja mi je da i dalje učim i usvajam nova znanja.	1	2	3
15. Trebam više organiziranih rekreativnih aktivnosti.	1	2	3
16. Nije mi potrebna stalna liječnička pomoć.	1	2	3

17. Trebam pažnju od strane drugih.	1	2	3
-------------------------------------	---	---	---

Slijede tvrdnje koje se odnose na procjenu kvalitete Vašeg života. Molim Vas da uz dolje navedene tvrdnje zaokružite **SAMO JEDAN** od ponuđenih odgovora koji znače:

1 – NE

2– DJELOMIČNO

3– DA

1. U više aspekata moj je život blizak idealnom.	1	2	3
2. Uvjeti mog života su izvrsni.	1	2	3
3. Zadovoljan sam svojim životom.	1	2	3
4. Do sada imam sve važne stvari koje sam želio u životu.	1	2	3
5. Kada bih ponovo živio svoj život ne bih mijenjao ništa.	1	2	3
6. Sve u svemu ja sam jako sretna osoba.	1	2	3
7. Život mi donosi puno zadovoljstva.	1	2	3
8. Općenito se dobro osjećam.	1	2	3
9. Mislim da sam sretna osoba.	1	2	3
10. U cjelini gledajući ja sam više sretan od drugih ljudi	1	2	3
11. Često sam veseo i dobro raspoložen.	1	2	3
12. Mislim da sam sretan barem koliko i drugi ljudi.	1	2	3
13. Moja budućnost izgleda dobro.	1	2	3
14. Zadovoljan sam načinom na koji mi se ostvaruju planovi.	1	2	3
15. Što god da se dogodi mogu vidjeti i svjetlu stranu.	1	2	3

16. Uživam živjeti.	1	2	3
17. Moj mi se život čini smislen.	1	2	3

U ovom dijelu upitnika nalaze se tvrdnje koje se odnose na Vaše doživljavanje sebe. Molim Vas da uz dolje navedene tvrdnje zaokružite **SAMO JEDAN** od ponuđenih odgovora koji znače:

1 – NE

2– DJELOMIČNO

3– DA

1. Imam svoje društvo za druženje.	1	2	3
2. Imam osobe s kojima sam blizak/ska.	1	2	3
3. S drugima dijelim svoja mišljenja i ideje.	1	2	3
4. Imam osobe koje me dobro poznaju.	1	2	3
5. Moji socijalni odnosi su jako dobri.	1	2	3
6. Smatram se otvorenom osobom.	1	2	3
7. Ljudi mi pridaju željenu pažnju.	1	2	3

8. LITERATURA

1. Afrić, I. (2012). Institucijska skrb za stare i nemoćne osobe u RH. Preuzeto 23.2.2016. sa http://www.husi.hr/download/Afric_Opatija_2012_a.pdf
2. Arandžević, M., Ilić, I., Milić, I. (2010). Procena kvaliteta života - sadašnji pristupi. *Acta Medica Medianae*, 4 (49), 52 - 60.
3. Bačinić, A., Lacković-Grgin, K., Penezić, Z. (2006). Proces umirovljenja: pokušaj provjere Atchleyeva modela prilagodbe. *Medica Jadertina*, 3-4 (36), 63-71.
4. Bara, M., Podgorelec, S. (2015). Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. *Etnološka tribina*, 38 (45), 58-71.
5. Bartlett, H., Marshall, A., Peel, N. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing* 26 (4), 162-167.
6. Beaumont, G.J., Kenealy, P. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing and Society*, 24 (5), 755-769.
7. Bell, D., Galloway, S., Hamilton, C., Scullion, A. (2005). *Well-being and quality of life: measuring the benefits of culture and sport*. Scottish Executive Social Research.
8. Bouillet, D. (2003). Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. *Revija za socijalnu politiku*, (3) 10.
9. Bowling, A., Zahava, G. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, (6) 24, 675-691.
10. Brajković, L. (2010). *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
11. Brajković, L., Vuletić, G. (2011). *Teorije subjektivne kvalitete života*. Osijek: Filozofski fakultet sveučilišta u Osijeku.
12. Browne, J.P., Hiltbrunner, B., Joyce, C.R.B., McDonald, N.J., McGee, H.M., O'Malley, K. (1994). *Quality of Life Research*, 3 (4), 235-244.
13. Blane, D., Netuveli, G. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 1 (85), 113-126.
14. Cartensen, L., Ekman, P., Friesen, W., Levenson, R. (1991). Emotion, physiology and expression in old age. *Psychology and ageing*, 6 (1), 28-35.

15. Čanković, S., Harhaji, S., Kvirgić, S., Mijatović Jovanović, V., Nikolić, E., Radić, I. (2016). Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnosanitetski pregled*, 73 (1), 42–46.
16. Despot - Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada slap.
17. Despot - Lučanin, J. (2008). Zdravstvena psihologija starenja - prikaz područja i pregled istraživanja u Hrvatskoj. *Klinička psihologija* 1, 1 (2), 59-77.
18. Despot - Lučanin, J., Lučanin, D., Petrak, O. (2005). Kvaliteta starenja - neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija socijalne politike*, 1 (13), 37-51.
19. Despot - Lučanin, J., Havelka, M., Lučanin, D. (2005). Kvaliteta starenja - samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja*, 4-5 (84-85), 801-817.
20. Dharmo, E., Kocollari, N. (2014). Older People Quality of Life Evaluation. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 5 (13), 385 - 390.
21. Escosteguy, N., Ferraz, M., Marc, N., Moriguchi, E., Xavier, F. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1 (25).
22. Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science and medicine*, 41 (10), 1439-1446.
23. Fortuna, V., Šostar, Z. (2009). *Vodič za starije građane grada Zagreba*. Zagreb: Grad Zagreb.
24. Galić, S., Tomasović Mrčela, N. (2013). *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola Osijek.
25. Ilić, B., Županić, M. (2014). Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 10(37), 22-44.
26. Jacob, R., Pearson, M. (2013). A Good Life in Old Age?. OECD Publishing. Preuzeto 11.7.2016. sa http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#.V5nbmoOLTIU#page5.
27. Kalfoss, M. (2010). Quality of Life Among Norwegian Older Adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3 (2), 100-112.
28. Klempić, S., Podgorelec, S. (2007). Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme*, 1-2 (23), 111-134.

29. Laklija, M., Rusac, S., Žganec, N. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija socijalne politike*, 2 (15), 171-188.
30. Leutar, Z., Lovreković, M. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, 1 (19), 55-79.
31. Lučev, I., Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj - povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, 1 (2), 67-89.
32. Martinis, T. (2005). *Percepcija kvalitete života u funkciji dobi*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
33. Milosaljević, Lj. (2011). Upravljanje vremenom i njegovo vrednovanje kod starijih pripadnika društva. *Antropologija*, 1 (11), 143-159.
34. Mittermayer, R., Mustajbegović, J., Roksandić, S., Rukavina, A. (2012). *Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba*. Karlovac: Tiskara Pečarić&Radočaj.
35. Mužinić, R., Žitnik, E. (2007). *Kvaliteta života starijih osoba rezultati istraživanja*. Split: Udruga Mi.
36. Mujkić, A., Vuletić, G. (2002). Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. *Liječnički vjesnik*, 2 (124), 64-70.
37. Orešković, S. (1994). Koncepti kvalitete života. *Socijalna ekologija*, 3 (4), 263-274.
38. Pečjak, V. (2001). *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Prosvjeta.
39. Petz, B. (2004). *Osnovne statističke metode za nematematičare*. Zagreb: Naklada slap.
40. Poredoš, D. (2001). Prilagodba na samački život kod osoba starije životne dobi. *Ljetopis socijalnog rada*, 1 (8), 7-34.
41. Smiljanić, V. (1987). *Psihologija starenja*. Beograd: Saznanja.
42. Smith, A. (2000). *Researching quality of life of older people: concepts, measures and findings*. Keele: Keele University.
43. Spitek-Zvonarević, V., Takšić, V. (2004). *Uvjeti života starijih osoba u Primorsko-goranskoj županiji*. Zagreb: Grafpex.
44. Stevanović, M. (2009). *Gerontologija*. Preuzeto 13.2.2016. sa <https://www.academia.edu/9730004/GERONTOLOGIJA>.
45. Šučur, Z. (2008). Socijalna sigurnost i kvaliteta života starijih osoba bez mirovinskih primanja u Republici Hrvatskoj. *Revija socijalne politike*, 3 (15), 435-454.

46. Vuletić, G. (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet sveučilišta u Osijeku.
47. 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*, 5 (7), 213-222.
48. Walker, A. (2007). Quality of life in old age in Europe. SpringerLink. Preuzeto 28.6.2016. sa <http://stage-new.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335215149.pdf>.

