

**ALMA MATER EUROPAEA
EVROPSKI CENTER, MARIBOR
Socijalna gerontologija**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mateja Znika

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija

študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIJALNA GERONTOLOGIJA

**ODNOS MED PSIHOSOCIALNIMI FAKTORJI
IN ZAZNAVO ZDRAVJA STAREJŠIH**

**ODNOS PSIHOSOCIJALNIH ČIMBENIKA I
PERCEPCIJE ZDRAVLJA KOD STARIJIH
OSOBA**

Mentor: Doc. dr. sc. Spomenka Tomek-Roksandić

Studentica: Mateja Znika

Komentor: Zasl. red. prof. ddr. Marija Ovsenik

Maribor, siječanj 2024.

ZAHVALA

Od srca zahvaljujem svojoj mentorici i komentorici doc. prim. dr. Spomenki Tomek-Roksandić i zasl. red. prof. ddr. Marija Ovsenik na nesebičnoj podršci i savjetima tijekom pisanja ovoga rada. Bez njihove podrške i razumijevanja ovaj rad ne bi bio moguć.

Također zahvaljujem i članovima povjerenstva i svim predavačima s AMEU ECM-a koji su me pratili tijekom studija nesebično dijeleći svoja znanja.

Želim zahvaliti i svim studentima doktorskoga studija s kojima sam studirala, dijelila putovanja i učenja i ostvarila poznanstva i prijateljstva za cijeli život: Alenu Županu, Meliti Sajko, Mirjani Telebuh, Želimiru Bertiću, Mari Županić, Damiru Poljaku, Sanji Zoranić, Tei Coif, Jurici Veroneku, Nataši Štandeker, Tomažu Lenartu i Ivani Živoder. Hvala vam!

Zahvaljujem se i Gradskom uredu za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom Grada Zagreba, Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ u Zagrebu te osoblju doma za starije osobe Sveta Ana Zagreb što su mi omogućili provođenje ovoga istraživanja te i svim ispitanicima, uključenim u programe gerontološkog centra, koji su odvojili svoje vrijeme.

Na kraju zahvaljujem svojoj obitelji, majci Veri, bratu Alanu te mojim dečkima, suprugu Goranu i sinu Alanu, na razumijevanju i podršci. Iako im ovaj rad ne može vratiti vrijeme provedeno bez njih, nadam se da im pruža barem malu nagradu za sav trud.

SAŽETAK

Udio starijih osoba u Hrvatskoj raste smanjenjem nataliteta, produljenjem životnoga vijeka te danas povećanom emigracijom mladih u razvijenije zemlje članice Europske unije. Takve demografske promjene stavljaju pred društvo nove izazove. Cilj je doktorske disertacije istražiti i utvrditi psihosocijalne čimbenike koji su povezani sa zdravstvenim statusom i očuvanjem kvalitete života kod starijih osoba. U istraživanju su korišteni standardizirani upitnici: Upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja SF-36, Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške, Upitnik zdravstvenog lokusa kontrole ZLK – 90 – 2, Zdravstveno promotivni model – Instrument za mjerenje životnog stila koji promiče zdravi način života (HLPL II) i strukturirani anketni upitnik koji je temeljen na Upitniku za osobe duboke starosti Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba. Uzorak je činilo 200 ispitanika većinom ženskoga spola, 95,0% u dobi od 65 godina i više uključenih u programe gerontološkog centra Sveta Ana. Istraživanjem za sve promatrane parametre uočene su najveće pozitivne korelacije kod pokazatelja ukupno fizičko zdravlje i ukupno psihičko zdravlje, ukupno psihičko zdravlje i način života koji promiče zdravlje (ukupno), dok je značajna negativna korelacija zabilježena između I skale (internalni izvor kontrole) i načina života koji promiče zdravlje (ukupno). Zabilježena je slaba pozitivna korelacija kod pokazatelja: način života koji promiče zdravlje (ukupno) i ukupno fizičko zdravlje, stupanj socijalne podrške i način života koji promiče zdravlje (ukupno), stupanj socijalne podrške i ukupno psihičko zdravlje. Nadalje, dobiveni su rezultati pokazali kako jednom kad se uključe u programe vježbanja, ispitanici rijetko izostaju, što govori u prilog kvaliteti pruženih usluga u sklopu gerontološkog centra.

Ključne riječi: stariji, percepcija zdravlja, tjelesna aktivnost, gerontološki centar.

ABSTRACT

The share of elderly people in Croatia is growing due to the decrease in the birth rate, the increase in life expectancy, and today, the increased emigration of young people to more developed European Union member states. Such demographic changes present new challenges to society. Such demographic changes present new challenges to society. The purpose of the dissertation is to investigate and determine psychosocial factors related to the health status and preservation of the quality of life in older adults. Standardized questionnaires were used in the research: Short Form Health Survey SF-36, Scale of social support, Questionnaire of health locus of control ZLK - 90 - 2, Instrument to Measure Health Promoting Lifestyle (HLPL II), and a structured questionnaire based on the Questionnaire for older adults by the Departement for Gerontology of the Institute of Public Health of the City of Zagreb. The sample consisted of 200 respondents, mostly female, 95,0% aged 65 and over, included in the programs of the gerontological center Sveta Ana. The research for all observed parameters showed the highest positive correlations with the indicators of total physical health and total psychological health, total psychological health and a lifestyle that promotes health (total), while a significant negative correlation was recorded between the I scale (internal source of control) and lifestyle which promotes health (overall). A weak positive correlation was recorded for the indicators: the lifestyle that promotes health (total) and overall physical health, degree of social support and lifestyle that promotes health (total), degree of social support, and overall mental health. Furthermore, the obtained results showed that once they are involved in the exercise programs, the respondents are rarely absent, which speaks in favor of the quality of the services provided within the gerontological center.

Keywords: elderly, health perception, physical activity, gerontology center.

POVZETEK

Zaradi zmanjševanja rodnosti, podaljševanja pričakovane življenjske dobe in danes povečanega izseljevanja mladih v razvitejše države Evropske unije se delež starejših na Hrvaškem povečuje. Takšne demografske spremembe predstavljajo nove izzive za družbo. Cilj doktorske disertacije je raziskati in ugotoviti psihosocialne dejavnike, ki so povezani z zdravstvenim stanjem in ohranjanjem kakovosti življenja starejših. V raziskavi so bili uporabljeni standardizirani vprašalniki: Vprašalnik za samooceno zdravstvenega stanja SF-36, Lestvica za oceno stopnje socialne podpore, Vprašalnik zdravstvenega lokusa kontrole ZLK - 90 - 2, Model promocije zdravja - Instrument za merjenje življenjskega sloga, ki promovira zdrav način življenja (HLPL II) in strukturiran vprašalnik, ki temelji na vprašalniku za starejše odrasle Oddelka za gerontologijo Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba. Vzorec je obsegal 200 anketirancev, večinoma žensk, 95,0 % starih 65 let in več, vključenih v programe Gerontološkega centra Sveta Ana. Raziskava je pri vseh opazovanih parametrih pokazala najvišje pozitivne korelacije s kazalniki popolnega telesnega zdravja in celotnega psihičnega zdravja, celotnega psihičnega zdravja in življenjskega sloga, ki spodbuja zdravje (skupaj), medtem ko je značilna negativna korelacija zabeležena med lestvico I (interni vir nadzora) in življenjski slog, ki spodbuja zdravje (na splošno). Šibka pozitivna korelacija je bila zabeležena pri kazalnikih: življenjski slog, ki spodbuja zdravje (skupaj) in splošno telesno zdravje, stopnja socialne podpore in življenjski slog, ki spodbuja zdravje (skupaj), stopnja socialne podpore in splošno duševno zdravje. Poleg tega so dobljeni rezultati pokazali, da so anketiranci, ko so vključeni v vadbene programe, le redkokdaj odsotni, kar govori v prid kakovosti storitev, ki se izvajajo v gerontološkem centru.

Ključne besede: starejši, percepcija zdravja, telesna dejavnost, gerontološki center.

SADRŽAJ

1	UVOD	1
2	STARENJE I TJELESNA AKTIVNOST	14
2.1	Kvaliteta života vezana uz zdravlje i tjelesnu aktivnost.....	24
2.2	Kvaliteta života i psihosocijalni čimbenici vezani uz zdravlje	29
2.3	Zdravstveni lokus kontrole i zdravstveno ponašanje	35
2.4	Programi Gerontoloških centara Grada Zagreba	37
2.5	Teorijske osnove	41
2.5.1	Socijalno kognitivna teorija.....	41
2.5.2	Teorija aktivnosti	41
2.5.3	Inovacijska teorija	42
2.5.4	Teorija samoefikasnosti.....	42
2.5.5	Teorija lokusa kontrole.....	43
3	OCJENA DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA	44
4	ISTRAŽIVAČKI DIO	76
4.1	Svrha i ciljevi doktorske disertacije s modelom istraživanja	76
4.2	Istraživačka pitanja i hipoteze	77
4.3	Istraživačka metodologija:	78
4.3.1	Metode i tehnike prikupljanja podataka:	78
4.3.2	Opis instrumenata:	79
4.3.3	Opis uzorka.....	81
4.3.4	Opis obrade podataka	82
5	REZULTATI	83
6	RASPRAVA	164
7	ZAKLJUČAK	185
10	POPIS PREDVIĐENE LITERATURE I IZVORA	190

PRILOZI:

Prilog A: Dozvola Etičkog povjerenstva Nastavnog zavoda za javno zdravstvo “Dr. Andrija Štampar” iz Zagreba

Prilog B: Anketni upitnici

IZJAVA O AUTORSTVU

IZJAVA O LEKTORIRANJU

POPIS TABELA:

Tabela 1: Preporučena razina tjelesne aktivnosti za osobe starije od 65 godina.....	23
Tabela 2. Raspored usluga i aktivnosti Gerontološkog centra Sveta Ana.....	37
Tabela 3: Popis prepreka i facilitatora tjelesnoj aktivnosti i sudjelovanju u programima na temelju socijalno-ekološkog okvira.....	57
Tabela 4: Prikaz distribucije ispitanika po naobrazbi na uzorku od N=200.....	80
Tabela 5: Prikaz distribucije ispitanika po sociodemografskim pokazateljima (dob, spol, radni staž, zanimanje prije umirovljenja) na uzorku od N=200.....	82
Tabela 6: Prikaz distribucije ispitanika po godini zaposlenja i odlaska u mirovinu na uzorku od N=200.....	85
Tabela 7: Prikaz distribucije ispitanika po naporu na poslu na uzorku od N=200.....	85
Tabela 8: Prikaz distribucije ispitanika po socioekonomskim pokazateljima na uzorku od N=200.....	86
Tabela 9: Prikaz distribucije ispitanika po broju potomaka na uzorku od N=200.....	89
Tabela 10: Prikaz distribucije odgovora ispitanika vezanih uz slobodno vrijeme, poteškoće s tjelesnim aktivnostima i uključenošću u vježbanje u sklopu gerontološkog centra na uzorku od N=200.....	91
Tabela 11: Prikaz distribucije odgovora ispitanika vezanih uz vježbanje u sklopu gerontološkog centra na uzorku od N=200.....	94
Tabela 12: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz pušenje na uzorku od N=200.....	97
Tabela 13: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz pokazatelje pušenja na uzorku od N=200.....	98
Tabela 14: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz kronične bolesti na uzorku od N=200.....	100
Tabela 15: Prikaz distribucije ispitanika po kroničnim bolestima na uzorku od N=200.....	96

Tabela 16: Prikaz distribucije ispitanika po smetnjama s mokrenjem na uzorku od N=200.....	102
Tabela 17: Prikaz distribucije ispitanika po pretrpljenom stresu na uzorku od N=200.....	103
Tabela 18: Prikaz distribucije ispitanika po traženju liječničke pomoći u proteklih godinu dana i broju odlazaka na fizikalnu terapiju na uzorku od N=200.....	104
Tabela 19: Prikaz distribucije ispitanika po odlasku u toplice na fizikalnu terapiju na uzorku od N=200.....	105
Tabela 20: Prikaz distribucije ispitanika po početku bavljenja nečim novim nakon odlaska u mirovinu na uzorku od N=200.....	106
Tabela 21: Prikaz distribucije ispitanika po zadovoljstvu životom na uzorku od N=200...	107
Tabela 22: Prikaz distribucije ispitanika po fizičkoj aktivnosti nakon odlaska u mirovinu, kvaliteti života nakon odlaska u mirovinu i po nastavku bavljenja svojom profesijom na uzorku od N=200.....	108
Tabela 23: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju trenutnog glavnog problema na uzorku od N=200.....	110
Tabela 24: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju trenutnog glavnog problema pod rubrikom ostalo na uzorku od N=200.....	111
Tabela 25: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju glavnog problema starijih osoba na uzorku od N=200.....	112
Tabela 26: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju općenito glavnim problemom starijih osoba na uzorku od N=200.....	112
Tabela 27: Prikaz distribucije ispitanika po posjedovanju kućnog ljubimca na uzorku od N=200.....	113
Tabela 28: Prikaz distribucije ispitanika po psihološkoj karakteristici kao glavnom pokretaču dugovječnosti na uzorku od N=200.....	114
Tabela 29: Prikaz prosječnog pokazatelja za čestice ZLK-90-2 upitnika na uzorku od N=200.....	115

Tabela 30: Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice upitnika socijalne podrške na uzorku od N=200.....	117
Tabela 31: Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice SF-36 upitnika na uzorku od N=200.....	118
Tabela 32: Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice HLPL upitnika na uzorku od N=200.....	120
Tabela 33: Prikaz medijana i interkvartilnog raspona za sve promatrane skale.....	122
Tabela 34: Testiranje normalnosti distribucije za sve promatrane skale.....	125
Tabela 35: Spearmanov koeficijent korelacije.....	126
Tabela 36: Utječe li veći broj kroničnih bolesti na samopercepciju zdravlja ispitivano upitnikom SF-36.....	127
Tabela 37: Prikaz medijana i interkvartilnog raspona s obzirom na naobrazbu ispitanika.....	129
Tabela 38: Prikaz rangova s obzirom na naobrazbu ispitanika.....	130
Tabela 39: Testna statistika s obzirom na naobrazbu ispitanika.....	133
Tabela 40: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na dob ispitanika.....	134
Tabela 41: Prikaz rangova s obzirom na dob ispitanika.....	135
Tabela 42: Testna statistika s obzirom na dob ispitanika.....	138
Tabela 43: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na radni staž ispitanika.....	139
Tabela 44: Rangovi s obzirom na radni staž ispitanika.....	140
Tabela 45: Testna statistika s obzirom na radni staž ispitanika.....	143
Tabela 46: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na materijalno stanje ispitanika.....	144
Tabela 47: Rangovi s obzirom na materijalno stanje ispitanika.....	145
Tabela 48: Testna statistika s obzirom na materijalno stanje ispitanika.....	148
Tabela 49: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na to s kim ispitanici žive u kućanstvu.....	149

Tabela 50: Rangovi s obzirom na to s kim ispitanici žive u kućanstvu.....	150
Tabela 51: Testna statistika s obzirom s kim ispitanici žive u kućanstvu.....	153
Tabela 52: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na pitanje nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se.....	154
Tabela 53: Rangovi s obzirom s obzirom na pitanje nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se.....	155
Tabela 54: Testna statistika s obzirom na pitanje nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se.....	158
Tabela 55: Rangovi s obzirom na pitanje koliko vježbate u sklopu gerontološkog centra...	159
Tabela 56: Testna statistika duljina vježbanja i stupanj socijalne podrške.....	159

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1: Kontingenti stanovništva Republike Hrvatske i Grada Zagreba prema popisu stanovništva iz 2011. godine.....	3
Grafikon 2: Dobna struktura stanovnika Grada Zagreba, popis 2001. i 2011. godina.....	5
Grafikon 3: Dobna struktura stanovnika Grada Zagreba.....	5
Grafikon 4: Struktura udjela osoba starijih od 65 godina po četvrtima Grada Zagreba, popisna 2011 godina.....	9
Grafikon 5: Prikaz distribucije svjetske populacije po duljini života i prihodu.....	29
Grafikon 6: Prikaz izgubljenih godina života smrtnošću (YLL – years of life lost to mortality), 10 najučestalijih uzroka gubitka godina, na populaciji od 100 000, dobi od 60 i više godina, 2012.....	31
Grafikon 7: Model zdravstvenih uvjerenja primijenjen na vježbanje.....	34
Grafikon 8: Konceptualni model - Zdravlje kod osoba srednje i starije životne dobi	69
Grafikon 9: Distribucija korisnika usluga Gerontoloških centara Grada Zagreba po dobi...	71

Grafikon 10: Distribucija korisnika usluga Gerontoloških centara Grada Zagreba po spolu.....	71
Grafikon 11: Model istraživanja.....	75
Grafikon 12: Prikaz distribucije ispitanika po naobrazbi na uzorku od N=200.....	80
Grafikon 13: Prikaz distribucije ispitanika po dobi na uzorku od N=200.....	83
Grafikon 14: Prikaz distribucije ispitanika po spolu na uzorku od N=200.....	83
Grafikon 15: Prikaz distribucije ispitanika po radnom stažu na uzorku od N=200.....	84
Grafikon 16: Prikaz distribucije ispitanika po samoprocjeni materijalnog stanja na uzorku od N=200.....	87
Grafikon 17: Prikaz distribucije ispitanika po izvoru dodatnog prihoda osim mirovine na uzorku od N=200.....	87
Grafikon 18: Prikaz distribucije ispitanika po obliku kućanstva na uzorku od N=200.....	88
Grafikon 19: Prikaz distribucije ispitanika po načinu na koji provode slobodno vrijeme na uzorku od N=200	92
Grafikon 20: Prikaz distribucije ispitanika po tjelesnoj aktivnosti koja im predstavlja najveći problem na uzorku od N=200.....	92
Grafikon 21: Prikaz distribucije ispitanika učestalosti vježbanja u gerontološkom centru na uzorku od N=200.....	95
Grafikon 22: Prikaz distribucije ispitanika po izostanku sa vježbanja u gerontološkom centru na uzorku od N=200.....	95
Grafikon 23: Prikaz distribucije ispitanika po načinu dolaska na vježbanje u gerontološki centar na uzorku od N=200.....	96
Grafikon 24: Prikaz distribucije ispitanika po učestalosti pušenja na uzorku od N=200...98	
Grafikon 25: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz kronične bolesti na uzorku od N=200.....	100
Grafikon 26: Prikaz distribucije ispitanika po smetnjama s mokrenjem na uzorku od N=200.....	103

Grafikon 27: Prikaz distribucije ispitanika po pretrpljenom stresu na uzorku od N=200...	103
Grafikon 28: Prikaz distribucije ispitanika po odlasku u toplice na fizikalnu terapiju na uzorku od N=200.....	106
Grafikon 29: Prikaz distribucije ispitanika po početku bavljenja nečim novim nakon odlaska u mirovinu na uzorku od N=200.....	107
Grafikon 30: Prikaz distribucije ispitanika po fizičkoj aktivnosti nakon odlaska u mirovinu, na uzorku od N=200.....	109
Grafikon 31: Prikaz distribucije ispitanika po kvaliteti života nakon odlaska u mirovinu na uzorku od N=200.....	109
Grafikon 32: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju svojega sadašnjeg glavnog problema na uzorku od N=200.....	111
Grafikon 33: Prikaz distribucije ispitanika po posjedovanju kućnog ljubimca na uzorku od N=200.....	113
Grafikon 34: Prikaz medijana za ZLK-90 na ukupnom uzorku (N=200).....	123
Grafikon 35: Prikaz medijana za SF-36 na ukupnom uzorku (N=200).....	123
Grafikon 36: Prikaz medijana za HLPL II na ukupnom uzorku (N=200).....	124

1 UVOD

Sve osobe stare, stoga starenje predstavlja normalnu fiziološku pojavu. Starenje je kao proces univerzalno i progresivno, te u prirodi zahvaća sve žive organizme. Ono za pojedinca predstavlja proces fizičkih, mentalnih i psihičkih promjena koje se događaju tijekom ukupnog životnog ciklusa, a koje se u posljednjoj se trećini života značajno intenziviraju (Svjetska zdravstvena organizacija – World Health Organization WHO 2022). Kako će koja osoba starjeti, individualan je proces, te unatoč tomu što tijekom starenja dolazi do smanjenja struktura i funkcija organa i organskih sustava, starenje ne treba biti nužno povezano s gubitkom funkcije i bolešću (Tomek-Roksandić idr. 2016). U starijoj životnoj dobi uslijed promjena u snazi, fleksibilnosti, posturi i hodu može doći i do smanjenja razine tjelesne aktivnosti starijih osoba (Singh 2002, 262–282).

Udio starog stanovništva u ukupnom broju stanovnika razvijenih zemalja ubrzano raste. Europska gerontološka istraživanja ukazuju kako će u 21 stoljeću ubrzanim starenjem pučanstva, najvećim dostignućem 20. stoljeća, doći do izrazite rastuće pojavnosti ciljnih skupina funkcionalno sposobnih starijih ljudi, i to u dobi duboke starosti od 80 i više godina (United Nations Population Division–UNPD¹ 2019). Starenje stanovništva djeluje na ukupni gospodarski razvoj, stoga način na koji se odnosimo prema starijoj populaciji utječe na društvenu interakciju, zdravstvenu zaštitu, zapošljavanje i socijalnu politiku (Lepan i Leutar 2012, 203–204). Intenzitet promjena duljine životnoga vijeka vidljiv je u činjenici kako se očekuje da će dijete rođeno 2015. u Brazilu ili Mjanamaru (Burma) živjeti 20 godina duže od osoba rođenih prije samo 50 godina (Beard idr. 2016, 3–4). Predviđa se kako će se u razdoblju od 2015. godine do 2050. godine udio svjetske populacije starije od 60 godina udvostručiti te će s 12% iznositi 22% (WHO 2021). Uslijed demografskih promjena stanovništva danas je na svjetskoj razini broj starijih od 60 godina veći od broja djece mlađe od 5 godina (WHO 2021).

Mijenjanjem dobne strukture stanovništva, europske će se zemlje uz ostale suočiti i s dvama izazovima u području zdravstva koji će zahvatiti sve strukture sustava: porastom troškova skrbi za starije osobe i nedostatkom zdravstvenih radnika potrebnih za pružanje skrbi svima onima kojima je pomoć potrebna. Ovaj scenarij naglašava potrebu za rješenjima koja mogu

¹ United Nations Population Division. Odjel za stanovništvo Ujedinjenih naroda je sastavni dio Odjela za ekonomske i socijalne poslove Ujedinjenih naroda (United Nations Department of Economic and Social Affairs). Odjel provodi demografska istraživanja, podržava međuvladine procese u Ujedinjenim narodima u područjima vezanim uz stanovništvo i razvoj, te ima zadaću pomagati zamljama u kako bi razvile vlastite kapacitete za prikupljanje i analizu podataka o stanovništvu.

smanjiti troškove, smanjiti opterećenje zdravstvenih radnika i radnika u sustavu socijalne skrbi (kako profesionalnih državnih službenika tako i privatnih pružatelja skrbi) i ponuditi učinkovitu pomoć potrebitim osobama. Takvi zdravstveni radnici i ostali pružatelji skrbi trebaju biti uz ostale profesionalne vještine trebaju biti i educirani u pristupu starijim osobama kako bi se izbjegla moguća pojava ageizma (Kaker idr. 2016, 55–69; Safe transfer Techniques – STTech 2022).

Nadalje, demografske statistike ukazuju kako je najbrža rastuća svjetska populacija starijih osoba upravo ona u dobi od 85 i više godina pa se očekuje kako će se ona do 2025. godine povećati čak 12 puta dok će se broj stogodišnjaka (starih 100 i više godina) povećati 15 puta, čime će sa sadašnjih 210.000 narasti na 3,2 milijuna (UNPD – United Nations Population Division – UNPD 2018). Uz takva kretanja populacije predviđa se kako će već do 2030. godine jedna od šest osoba biti u dobi od 60 godina ili starija (WHO 2021). Slijedom tih promjena danas po prvi put u povijesti čovječanstva većina osoba može očekivati kako će živjeti dulje od 60 godina. Osim što je na globalnoj razini u posljednjih 50 godina došlo do promjena u vidu produljenja očekivane duljine života, došlo je i do značajnijih promjena u uzrocima smrti (UNPD 2018). Zbog navedenih populacijskih promjena Generalna skupština Ujedinjenih Naroda proglasila je desetljeće 2021. – 2030. dekadom zdravoga starenja s naglaskom na to kako trebamo promijeniti ne samo ono što činimo, već i ono što mislimo o samom procesu starenja, ukoliko želimo dodati život godinama (WHO 2022).

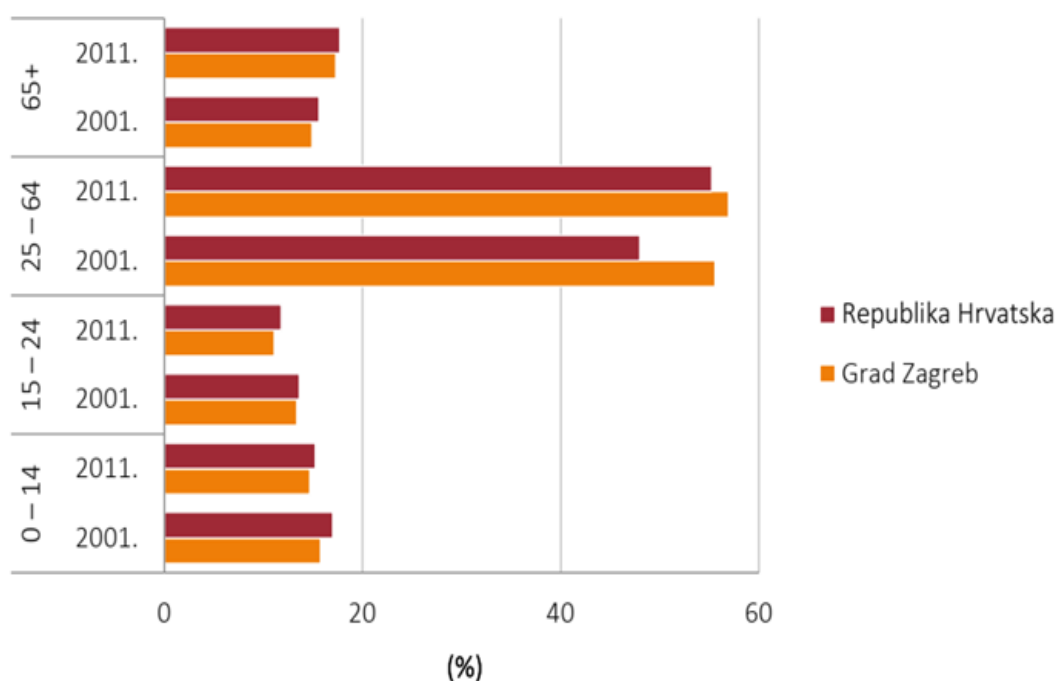
Iako ne postoji zajedničko iskustvo starenja, fiziološke se promjene s godinama svima događaju. Kako starimo, izloženi smo riziku da doživimo pad intrinzičnih kapaciteta i ukoliko izostane odgovarajuća podrška, možemo iskusiti pogoršanje funkcionalnih sposobnosti (WHO 2022). Stoga, dok je produženje očekivanoga životnog vijeka važan cilj, poboljšanje očekivanoga trajanja zdravog i kvalitetnog života ključno je kako bi se osiguralo da pojedinci starenjem ne prožive svoj kasniji život lošijega zdravlja i sa značajnim gubitkom intrinzičnog kapaciteta i funkcionalne sposobnosti (Bond i Rodrigez 2007, 113–141; WHO 2022). Na proces starenja utječu mnogobrojni faktori. Prema podacima neovisne organizacije za istraživanje zdravlja populacije sa sjedištem na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Washingtonu, Institut za mjerenje i procjenu zdravlja (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) u Hrvatskoj su na prvom mjestu među najučestalijim faktorima rizika koji dovode do smrti ili onesposobljenja: pušenje, visoki krvni tlak, nezdrava prehrana, prekomjerna tjelesna težina, visoka razina glukoze, visoki kolesterol, prekomjerna konzumacija alkohola, zagađenje zraka, poremećaj funkcije bubrega i profesionalni rizici (IHME 2022). Uz sve navedeno u Hrvatskoj još od 1991. godine traje

„Prirodni pad“ stanovništva pa od tada kontinuirano bilježimo više umrlih nego rođenih (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2022).

Prema popisu iz 2011. godine u Hrvatskoj živi 758.633 osoba starijih od 65 godina, što čini 17,7% ukupne populacije (Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske 2013, 11), tako se Hrvatska nalazi iznad prosjeka Europske unije koji iznosi 17% (EU's Country Health Profiles 2019, 4). Demografske projekcije predviđaju daljnji porast udjela starije populacije sa 17,7% na 20,37% u razdoblju od 2011. do 2018. godine, čime bi u Hrvatskoj živjelo 832.612 stanovnika starijih od 65 godina. Potvrdu takvih projekcija trebali bismo uskoro dobiti, jer se sljedeći nacionalni popis stanovništva održava 2021. godine.

Prema istom popisu iz 2011. godine udio žena starije dobi je veći od udjela muškaraca u ukupnom stanovništvu, te iznosi 23,45%, odnosno 495.464, dok je udio muškaraca manji i iznosi 17,07%, odnosno 337.148. Prema nekim projekcijama možemo očekivati kako će u skorij budućnosti u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu svaki četvrti stanovnik biti stariji od 65 godina (Grafikon 1).

Grafikon 1: Kontingenti stanovništva Republike Hrvatske i Grada Zagreba prema popisu stanovništva iz 2011. godine



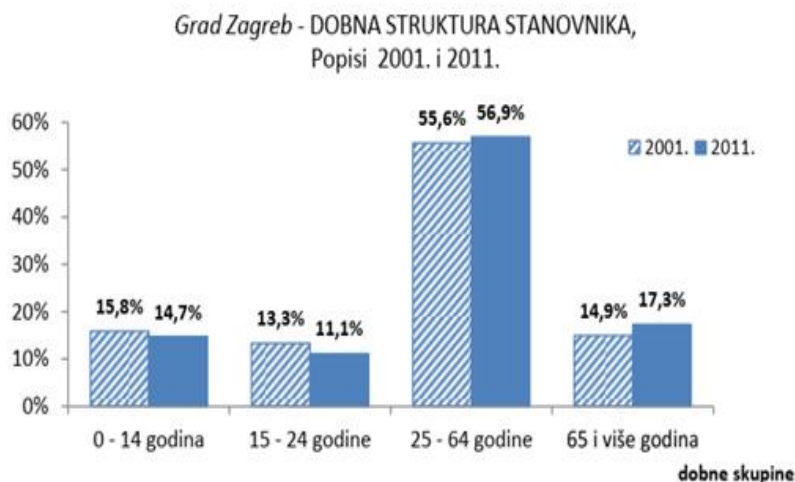
Izvor: Šostar idr. 2021

Uzrok ubrzanoga rasta udjela starijega stanovništva u Hrvatskoj uz starenje populacije uslijed smanjenja nataliteta i produljenjem životnog vijeka može se naći i u iseljavanju mlađega radno sposobnoga stanovništva u razvijenije zemlje (Strmota i Ivanda 2022). Zadnji val iseljavanja koji je zahvatio Hrvatsku posljednjih desetljeća uzrokovan je promjenama koje su uslijedile pristupanjem Hrvatske Europskoj uniji, čime su se stvorili uvjeti za lakše zapošljavanje Hrvata u razvijenijim zemljama Europe. Veća potražnja za radom i dinamičnije tržište rada u nekim zemljama Europske unije rezultiraju boljom ponudom radnih mjesta i višim primanjima u usporedbi sa životnim troškovima i višim životnim standardom (Strmota i Ivanda 2022).

Grad Zagreb je glavni i najveći grad Republike Hrvatske, a prostire se na površini od 641,32 km². U njemu prema popisu iz 2011. godine živi 790.017 stanovnika, 53% (N=420.951) žena i 47% (N=369.499) muškaraca. Stanovništvo Grada Zagreba postaje sve starije. Udio starijih raste, dok udio mlađih od 14 godina pada (Grafikon 2 i Grafikon 3).

Na trend starenja stanovništva u Gradu Zagrebu, kao i u ostatku Hrvatske, u posljednjih dvadeset godina utjecalo je dugogodišnje smanjivanje broja rođenih, porast smrtnosti i negativni migracijski trendovi. Tijekom 2020. godine u Gradu Zagrebu živorođeno je 8.062 djece, a umrlo je 8.865 osoba, čime prirodni prirast iznosi -803, odnosno vitalni indeks iznosi 90,9 (broj živorođenih na 100 umrlih). Evidentirano je 303.441 kućanstvo s prosječnim brojem članova kućanstva 2,57 (Šostar idr. 2021, 13–23).

Grafikon 2: Dobna struktura stanovnika Grada Zagreba, popis 2001. i 2011. godina

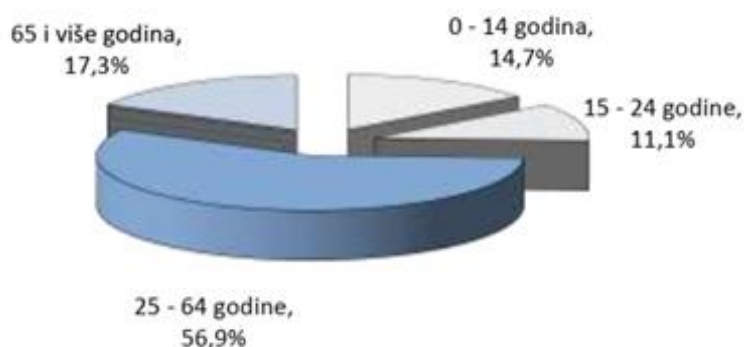


Izvor: Grad Zagreb 2011.

Prema zadnjem popisu iz 2011. godine udio starijih od 65 godina u Gradu Zagrebu iznosi 17,3% (N=152 618) (Grafikon 3).

Grafikon 3: Dobna struktura stanovnika Grada Zagreba

Grad Zagreb - DOBNA STRUKTURA STANOVNIKA, Popis 2011.



Izvor: Grad Zagreb 2011.

U Zdravstveno-statističkom ljetopisu Grada Zagreba iz 2020. godine već se govori kako broj starijih od 65 godina u Zagrebu iznosi 758.633 stanovnika, čime udio starijih od 65 godina raste na 17,7 % cjelokupne gradske populacije. Udio žena starijih od 65 godina u ukupnoj ženskoj populaciji iznosi 22,31 % (N=95 225) dok udio muškaraca starijih od 65 godina u ukupnoj muškoj populaciji iznosi 15,98 % (N=60 798) (Šostar idr. 2021, 69).

Iako je od 2013. godine članica Europske unije, Hrvatska ima stope smrtnosti od bolesti cirkulacijskoga sustava, novotvorina i ozljeda veće od prosjeka „starih“ članica EU-a, stoga se nalazi među zemljama Europe s najvišim stopama smrtnosti od cerebrovaskularnih bolesti, raka traheje, bronha i pluća u muškaraca i šećerne bolesti. Iz statističkih podataka osobito zabrinjava trend povećanja smrtnosti uzrokovan nekim oblicima novotvorina u žena te podatak da je stopa smrtnosti od šećerne bolesti među najvišima u Europi (Ministarstvo zdravlja 2012, 13).

Usprkos nekim negativnim pokazateljima, predviđeni životni vijek u Hrvatskoj sa 74.6 godina u 2000. godini produžio se na 78 godina u 2017. godini, ali i s tim produljenjem života u Hrvatskoj prosječni je životni vijek ispod prosjeka Europske unije za 2,9 godina. Razlozi su takvoj lošoj statistici višestruki, a u njih se može ubrojiti i visoka stopa rizičnih faktora ponašanja uslijed kojih je stopa smrtnosti od srčano-žilnih bolesti u Hrvatskoj gotovo dvostruko viša od one u EU. Ovi negativni pokazatelji ukazuju na moguće postojeće nedostatke u zdravstvenoj skrbi i javnozdravstvenim intervencijama, ali i na moguću nedovoljnu zdravstvenu pismenost stanovništva (EU's Country Health Profiles 2019, 4).

Općenito gledajući, u populaciji osoba starijih od 65 godina može se očekivati veća incidencija kroničnih bolesti nego što se to očekuje kod mlađih osoba, ali zahvaljujući suvremenoj medicini, danas imamo drukčiju sliku u zajednici pa su danas većini starijih osoba podrška ili pomoć u samozbrinjavanju potrebne tek u dubokoj starosti dok prije toga stariji sve duže žive samostalno (Rusac idr. 2016, 50–62).

Uz promjene u duljini životnoga vijeka u hrvatskom društvu, kao i u većini društava razvijenih zemalja, došlo je i do promjena u oblicima kućanstava pa istovremeno sve manje starijih osoba živi u zajedničkom kućanstvu sa svojom djecom i unucima. Takve promjene uvjetuju smanjenje neformalne, obiteljske pomoći starijim osobama. Smanjenje neformalne obiteljske pomoći predstavlja još jedan od izazova koji se stavljaju pred nas kao društvo, kako bismo organiziranim sustavima pomoći i organiziranih aktivnosti bili u mogućnosti starijim osobama pružiti kvalitetan život (Rusac idr. 2016, 50–62; Ministarstvo socijalne politike i mladih 2021).

Promicanje zdravoga života u svim dobnim skupinama može naći svoju opravdanost i u podacima „Instituta za zdravstvenu metriku i evaluaciju (IHME)”. U skupini od 10 najučestalijih faktora rizika koji pridonose većini uzroka smrti zajedno s ukupnim brojem godina života prilagođenih nesposobnosti (DALYs – Disability-adjusted life years 2020) nalaze se faktori povezani s rizičnim zdravstvenim ponašanjem: pušenje, prehrambeni faktori, pretjerana konzumacija alkohola i faktori koje možemo povezati s nedovoljnom tjelesnom aktivnošću (IHME 2022).

S produljenjem životnoga vijeka nameće se i pitanje kvalitete samoga života, a ukoliko će starije osobe živjeti duže ali ne i kvalitetnije, može se očekivati kako će skrb o njima predstavljati opterećenje njima samima, njihovim obiteljima i društvu u cjelini. Stoga uspješno starenje predstavlja ne samo zdravstveni već i društveni socioekonomski prioritet (Lin idr. 2016).

Premda su prednosti cjeloživotnog bavljenja tjelesnim aktivnostima dobro poznate (Chodzko-Zajko idr. 2009, 1510–1530 Office of Disease Prevention and Health Promotion 2018), starije su osobe često neaktivnije od ostalih dobnih skupina (Ory idr. 2018).

Na zdravlje osobe utječe i njezin životni stil. Životni stil obuhvaća način života osobe, skupine ili nacije, a određuju ga specifične komponente (zemljopisne, ekonomske, kulturne, političke i vjerske). Odnosi se na karakteristična ponašanja u specifičnom vremenu i prostoru te uključuje svakodnevna ponašanja i funkcije osobe u različitim aspektima života (Farhud 2015, 1442–1444). Zdrave i bolesne starije osobe imaju različite potrebe za pojedinim oblicima skrbi. Bolesne starije osobe mogu imati značajno veću potrebu za uslugama skrbi nego zdrave starije osobe (Lučan idr. 2000, 19–27).

Životne navike čovjeka uvelike utječu na kvalitetu zdravlja. Ova činjenica omogućuje starijim osobama da donekle kontroliraju svoje zdravlje. Vodeći se svojim zdravstvenim navikama, starije osobe mogu živjeti dulje i zdravije te na taj način mogu odgoditi proces starenja (Bandura 2004, 143–164).

Gradu Zagrebu je skrb o starijim osobama jedan je od prioriteta socijalne politike, stoga je skrb za starije građane zastupljena i u strateškim dokumentima Grada. Ured u sklopu Gradskoga poglavarstva zadužen za pitanja starijih osoba jest Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom. Aktivnosti ureda kreću se od poboljšanja materijalnoga statusa starijih osoba do razvoja različitih socijalnih usluga i aktivnosti kojima se podiže kvaliteta života u lokalnoj zajednici (Najmudriji.hr 2021). S ciljem poboljšanja kvalitete života starijih osoba i s ciljem prilagodbe lokalne zajednice starijim sugrađanima u Gradu Zagrebu, 2004. godine započeo je Projekt gerontoloških centara Grada Zagreba kao pilot

projekt. Administrativno se Grad Zagreb sastoji od 17 gradskih četvrti, a područje u kojem će se provoditi istraživanje jest područje cijeloga Novog Zagreba koje se nalazi s južne strane rijeke Save, a čine ga dvije gradske četvrti. Novi Zagreb – istok i Novi Zagreb – zapad (Gradska četvrt Novi Zagreb Istok; Gradska četvrt Novi Zagreb zapad; Gradski ured za strategijsko planiranje i razvoj Grada).

Stari dio grada Zagreba nalazi se sa sjeverne strane rijeke Save, a za širenje Zagreba preko južne obale rijeke Save uvelike je zaslužan Većeslav Holjevac, gradonačelnik Grada Zagreba u razdoblju od 1952. do 1963. godine. Godine 1957. započinje gradnja novih velikih stambenih naselja na južnoj obali Save, današnjem području Novoga Zagreba pa 1979. godine tramvajska pruga prelazi Savu povezujući i tramvajem Novi Zagreb s ostatkom grada (Turistička zajednica Grada Zagreba).

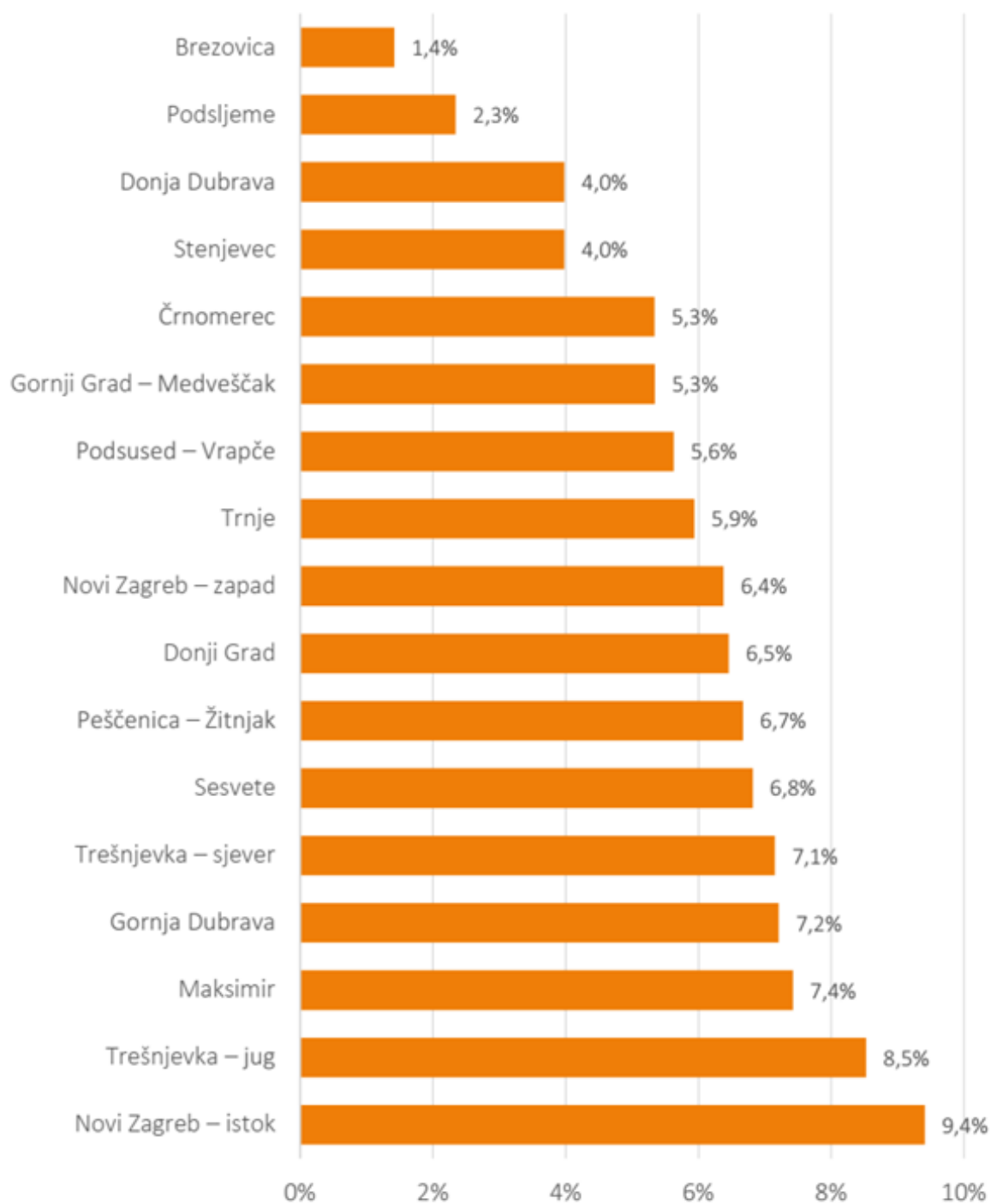
Na površini Novoga Zagreba – istok 1961. godine živjelo je manje od 3.500 stanovnika dok danas na tom području živi 59.055 stanovnika; u gradskoj četvrti Novi Zagreb – zapad živi 58.103 stanovnika (ZG portal, 2017). Udio starijih osoba od 65 godina u demografskoj strukturi grada razlikuje se po četvrtima Grada Zagreba. Najveći udio starijih od 65 godina nalazi se u četvrti Novi Zagreb – istok (9,4 %), zatim slijedi četvrt Trešnjevka – jug (8,5 %), dok je najmanji postotak starijih u četvrtima Brezovica (1,4 %) i Podsljeme (2,3 %). Druga novozaagrebačka četvrt Novi Zagreb – zapad ima udio starijih od 6,4 % (Grafikon 4) (Šostar idr. 2021, 71).

Po broju osoba starijih od 65 godina prema posljednjem popisu stanovništva u četvrti Novi Zagreb – istok živi 12.867 osoba starijih od 65 godina dok u četvrti Novi Zagreb – zapad živi 8.722 osobe starije od 65 godina (Tomek-Roksandić idr. 2016, 91–92). Prema tim podatcima Gerontološki centar Sveta Ana pokriva područje na kojemu živi ukupno 21 589 osoba starijih od 65 godina.

Gerontološki centar Sveta Ana u Novom Zagrebu jedini je gerontološki centar na području cijeloga Novog Zagreba te svojim radom pokriva područja četvrti Novi Zagreb –istok i Novi Zagreb – zapad. U sklopu Gerontološkog centra Sveta Ana umirovljenicima se pruža mogućnost uključivanja u raznovrsne aktivnosti, a koje za cilj imaju očuvanje fizičkog i mentalnog zdravlja umirovljenika. Sudjelovanje u aktivnostima za korisnike je besplatno, a cilj je programa jačanje osjećaja samopoštovanja i kontrole nad vlastitim životom te poticanje dobrog raspoloženja, čime se utječe na smanjenje usamljenosti i socijalne izoliranosti kod umirovljenika. Program u sklopu svojih sportsko-rekreativnih aktivnosti, kulturno-zabavnih i radno-kreativnih aktivnosti nudi: rekreativne vježbe, boćanje, plesnu školu, keramičku radionicu, radionicu ručnih radova, pjevački zbor Sveta Ana, klub

umirovljenika i plesne zabave. Područje Novoga Zagreba specifično je, većinom urbano gradsko područje (Gerontološki centar Sveta Ana).

Grafikon 4: Struktura udjela osoba starijih od 65 godina po četvrtima Grada Zagreba, popisna 2011 godina



Izvor: Šostar idr. 2021.

Na području Novoga Zagreba vježbe za umirovljenike održavaju se u sklopu programa sportske rekreacije po gradskim četvrtima u objektima mjesne samouprave na šest lokacija (dvije se lokacije nalaze na području Gradskih četvrti Novi Zagreb – Zapad, a četiri lokacije na području Gradske četvrti Novi Zagreb – istok). Osim u sklopu Gerontoloških centara starije osobe u Gradu Zagrebu mogu besplatno sudjelovati i u programima vježbanja u sklopu programa „Sport za sve (Zagrebački savez sportske rekreacije. Sport za sve).

U zdravstvenim profesijama pa i kod fizioterapije i sestriinstva u posljednjim desetljećima su porasli zahtjevi prakse i troškovi povezani s pružanjem skrbi starijim osobama. Ove okolnosti stavljaju nove izazove pred zdravstvene profesionalce, zdravstvene ustanove zaslužene za pružanje zdravstvene skrbi i pred visokoškolske ustanove zadužene za obrazovanje zdravstvenih profesionalaca.

Danas društvo traži sve više od profesionalnih pružatelja skrbi, ono zahtijeva veću odgovornost, očekuje poboljšanu kvalitetu i povećanu sigurnost skrbi i podvrgava ih sve većoj odgovornosti (Carter, Boden i Peno 2019).

Kako bi se postigli postavljeni ciljevi potrebno je raditi na poboljšanju skrbi za starije osobe unutar ključnih komponenti skrbi poput:

- zdravo, aktivno starenje uz podržavanje neovisnosti starijih osoba
- živjeti dobro u stabilnim dugoročnim uvjetima
- živjeti dobro sa složenim popratnim bolestima, demencijom i slabošću
- brza podrška u blizini kuće
- dobra akutna bolnička njega kada je potrebna
- dobro planiranje otpusta i podrška nakon otpusta
- dobra rehabilitacija i ponovno osposobljavanje nakon akutne bolesti ili ozljede
- visokokvalitetna njega i stambena skrb za one kojima je potrebna
- izbor, kontrola i podrška pred kraj života
- uključenost za pružanje koordinirane skrbi usmjerene na osobu (Oliver i Humphries 2014).

Stoga nam je potreban najsuvremeniji fizioterapijski i sestriinski pristup starijim osobama. Fizioterapeuti, medicinske sestre i drugi zdravstveni stručnjaci sa znanjem vezanim uz specifičnosti procesa starenja postati će neizostavni članovi tima koji će za cilj imati rješavanje složenih potreba starijih ljudi i njihovih obitelji (Znika idr. 2019).

Kako bi znali adekvatno odgovoriti na potrebe starije populacije u urbanim sredinama trebamo se upoznati s njenom percepcijom kvalitete života, sociodemografskim karakteristikama, životnim navikama vezanim uz zdravlje i lokusom kontrole. Iz navedenoga su proizašli ciljevi ove doktorske disertacije kojoj je svrha istražiti i utvrditi psihosocijalne čimbenike koji su povezani sa zdravstvenim statusom i očuvanjem kvalitete života kod starijih osoba koje sudjeluju u programima vježbanja gerontološkog centra.

Cilj disertacije je:

1. Utvrditi postoji li povezanost između subjektivnog osjećaja zdravlja prema obrazovnom i socioekonomskom statusu ispitanika
2. Utvrditi koja su to ponašanja koja promiču zdravlje kod sudionika
3. Utvrditi utječe li veći broj kroničnih bolesti na samopercepciju zdravlja i kvalitete života
4. Utvrditi postoji li povezanost duljine sudjelovanja u programima vježbanja s percipiranom razinom socijalne podrške
5. Ispitati razinu kontrolnih vjerovanja vezanih uz zdravstvena ponašanja kod sudionika
6. Ispitati razinu tjelesne i mentalne komponente subjektivne kvalitete života kod sudionika
7. Provjeriti postoje li razlike u razini osjećaja kontrole; zdravim ponašanjima; te tjelesnoj i mentalnoj komponenti kvalitete života s obzirom na sociodemografske varijable: spol, dob, bračni status, obrazovanje i materijalni status sudionika
8. Ispitati povezanost osjećaja kontrole te različitih ponašanja koji promoviraju zdrav životni stil s tjelesnom i mentalnom komponentom kvalitete života (nakon kontrole sociodemografskih varijabli i objektivnog zdravstvenog statusa)
9. Ispitati postoji li medijacijski utjecaj ponašanja povezanih sa zdravim životnim stilom u objašnjavanju povezanosti između osjećaja kontrole i subjektivne kvalitete života

Postavljena su slijedeća istraživačka pitanja:

1. Kakva je povezanost između duljine vježbanja i samopercepcije socijalne podrške kod ispitanika
2. Kakav je stupanj samoprocjene zdravlja kod ispitanika mjeren SF-36 upitnikom
3. Kakva je povezanost između subjektivnog osjećaja zdravlja s obrazovnim i socioekonomskim statusom

4. Koji su to oblici ponašanja koji promiču zdravlje kod ispitanika
5. Kakva je razlika po spolu s obzirom na razinu samopercepcije socijalne podrške ispitanika
6. Kako je lokus kontrole povezan sa zdravstvenim ponašanjem ispitanika, te imaju li osobe sa internim lokusom bolju samopercepciju zdravlja
7. Postoje li razlike u razini osjećaja kontrole; zdravim ponašanjima; te tjelesnoj i mentalnoj komponenti kvalitete života s obzirom na sociodemografske varijable: spol, dob, bračni status, obrazovanje i materijalni status sudionika
8. Kakva je povezanost između osjećaja kontrole te različitih ponašanja koji promoviraju zdrav životni stil s tjelesnom i mentalnom komponentom kvalitete života (nakon kontrole sociodemografskih varijabli i objektivnog zdravstvenog statusa)

Na temelju kojih su oblikovane slijedeće hipoteze:

H1 – Postoji pozitivna korelacija između duljine sudjelovanja u programima vježbanja Gerontološkog centra i samopercepcije socijalne podrške,

H2 – Stupanj samoprocjene zdravlja mjeren SF-36 upitnikom je značajno povezan s percepcijom socijalne podrške mjerenom ljestvicom za procjenu stupnja socijalne podrške

H3 – Spol i dob utječu na razinu samopercepcije socijalne podrške i zdravlja

H4 – Razina osjećaja kontrole utječe na zdravstveno ponašanje ispitanika

Prikupljanje i obrada prikupljenih podataka detaljnije su opisani u pod poglavlju istraživačka metodologija 4.3.

Od statističke obrade podataka za potvrdu prve hipoteze kod utvrđivanja pozitivne korelacije između duljine sudjelovanja u programima vježbanja Gerontološkog centra i samopercepcije socijalne podrške koristio se Kruskal Wallis test. Kod druge hipoteze stupanj samoprocjene zdravlja mjerene SF-36 upitnikom i njegove povezanosti s percepcijom socijalne podrške mjerene ljestvicom za procjenu stupnja socijalne podrške koristio Spearmanov koeficijent korelacije. Za treću hipotezu utjecaj spola i dobi na razinu samopercepcije socijalne podrške i zdravlja primijenio se neparametrijski Kruskal Wallis test. Kod četvrte hipoteze za ispitivanje razine utjecaja osjećaja kontrole na zdravstveno ponašanje ispitanika koristio se Spearmanov koeficijent korelacije.

Instrumenti korišteni za prikupljanje podataka su: anketni strukturirani upitnik kreiran u svrhu ovog istraživanja, a koji se temelji na „Upitniku za osobe duboke starosti“, Centra za gerontologiju, Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba i sastoji se od tri skupine pitanja: opći dio, zdravlje i zdravstveni status i kvaliteta života, te uz pomoć standardnih upitnika „Upitnika za samoprocjenu zdravstvenog stanja SF-36“, „Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške“, „Upitnika zdravstvenog lokusa kontrole ZLK – 90 – 2“, „Zdravstveno promotivni model – Instrument za mjerenje životnog stila koji promiče zdravi način života (HLPL II)“ (Verzija za odrasle).

Uzorak za provođenje istraživanja predstavlja 200 umirovljenika u dobi od 65 godina i više s područja Novog Zagreba koji sudjeluju u programima vježbanja namijenjenim starijim osobama.

Kao predviđen doprinos znanosti ova doktorska disertacija pruža uvid u podatke koji su značajni iz aspekta kreiranja javno zdravstvenih programa koji imaju za cilj promociju zdravog starenja kroz uključivanje većeg broja starijih osoba u programe vježbanja. Vodeći se spoznajom kako se uključivanjem starijih osoba u programe vježbanja može pozitivno utjecati ne samo na fizički aspekt dobrobiti već i na psihološku i sociološku dobrobit, pozitivno utječući na kvalitetu života.

Do danas u Hrvatskoj nije provedeno slično istraživanje o povezanosti zdravstvenog lokusa kontrole, zdravstveno promotivnih ponašanja, određenih sociodemografskih čimbenika i percepcije zdravljem uvjetovane kvalitete života kod starijih osoba u urbanoj gradskoj sredini te će se dobivena saznanja nadalje moći koristiti u daljnjim studijama dok se praktična primjena može ostvariti u planiranju kako gradske tako državne politike prema starijim osobama.

2 STARENJE I TJELESNA AKTIVNOST

Albert Bandura je rekao kako se „*područje zdravlja mijenja iz modela bolesti u model zdravlja. Jednako je smisleno govoriti o razinama vitalnosti i zdravlja kao i o stupnjevima oštećenja i slabosti. Promicanje zdravlja treba početi s ciljevima, a ne sredstvima. Ako je zdravlje cilj, biomedicinske intervencije nisu jedino sredstvo za postizanje toga. Proširena perspektiva proširuje raspon praksi za promicanje zdravlja i uključuje zajedničke napore istraživača i praktičara koji iz različitih disciplina mogu mnogo doprinijeti zdravlju nacije.*“ (Bandura 2004, 143–164).

Do 2060. godine prosječni građanin Europske unije imat će 47,2 godine, a osobe starije od 65 godina činit će gotovo 30 % stanovništva (2010. godine udio starijih od 65 godina iznosio je 16 %). Ukoliko se ovaj trend nastavi, uslijed smanjenog nataliteta za nekoliko godina dodatno će se smanjiti udio europskoga radno sposobnog stanovništva pa se očekuje daljnji rast populacije od 65 i više godina do dva milijuna godišnje. Predviđa se kako će do 2060. godine na svake dvije radno sposobne osobe dolaziti jedna osoba starija od 65 godina (Fortuna i Vadjla 2013 9).

Sam proces starenja može se promatrati na više načina, a neki učestaliji načini promatranja uključuju biološki, psihološki i socijalni aspekt. S godinama na psihičkom području može doći do nepovoljnih promjena u pamćenju i kognitivnim funkcijama te do veće vjerojatnosti za pojavu depresije. Socijalno starenje može biti povezano s gubitkom društvenih uloga, smanjenjem međuljudskih odnosa i osjećajem usamljenosti dok se kao važan čimbenik za poboljšanje psihosocijalnog funkcioniranja u starijoj dobi prepoznaje prihvaćanje zadovoljstva životom starije dobi i uključivanje starijih osoba u društvene aktivnosti (Dziechciaż i Filip 2014). Nadalje, biološke, psihološke, socijalne i ekonomske promjene koje starije osobe proživljavaju utječu na tjelesne i psihičke aspekte njihovog zdravlja (Tomek-Roksandić idr. 2015 256–283). U Zagrebačkoj strategiji za unapređenje kvalitete života osoba starije životne dobi za razdoblje od 2020. do 2024 govori se o starenju kao o procesu koji započinje rođenjem i traje do smrti. Kako se osoba razvija i raste, tako ujedno i stari, te se proces starenja razlikuje od osobe do osobe. Taj proces starenja uvelike ovisi o samoj osobi, stilu života, utjecajima okoline, genetskim predispozicijama i ostalim čimbenicima (Grad Zagreb 2020).

Jedna je od podjela starosti ona prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije koja ju dijeli na tri razdoblja: raniju starost od 65. do 74. godine, srednju starost od 75. do 84. godine, duboku starost od 85 i više godina. Po Ujedinjenim narodima starost nastupa poslije 65.

godine života (UN 2019). U Hrvatskoj sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi (Narodne novine 157/13, 52/14, 99/15, 52/16, 16/17, 130/17 i 98/19), osobom starije životne dobi smatra se osoba u dobi od 65 i više godina života (Zakon o socijalnoj skrbi 2020).

Početak starosti kod pojedine osobe teško je odrediti uzimajući u obzir kako je starenje za svaku osobu individualan proces. Jedan od uvriježenih načina određivanja početka starosti povezan je s prihvaćenom takozvanom kalendarskom starosti koja je određena dobnom granicom (Buffel idr. 2016, 207–296). Međutim, ne postoji jedna jedinstvena općeprihvaćena dobna granica stare životne dobi. Dziechciaż i Filip u svom radu navode kako za njemačkoga psihologa L. Achoffa starenje počinje u dobi od 45 godina dok za ruske gerontologe starenje počinje u dobi od 80 godina, a Svjetska zdravstvena organizacija prihvatila je 60 godina kao prag starenja, a isto je prihvaćeno i u Europi kao dobna granica za početak starenja. Ujedinjeni narodi navode kako starost počinje u dobi od 65 godina, a ta je dobna granica prihvaćena i u Velikoj Britaniji (Dziechciaż i Filip 2014).

Danas, po prvi put u povijesti većina ljudi može očekivati kako će živjeti do 60 godina i duže. Dok se u razvijenim zemljama s visokim dohotkom produljenje životnog vijeka pripisuje očekivanom produljenju životnog vijeka današnjih šezdesetogodišnjaka, razlog produljenja životnog vijeka u manje razvijenim zemljama uvelike se pronalazi u smanjenoj smrtnost u mlađim dobnim skupinama (Beard idr, 2016).

U svom „Izvištaju o starenju i zdravlju“ (WHO, World Report on Ageing and Health) iz 2020 godine Svjetska zdravstvena organizacija navodi među ostalim i politički značaj starenja svjetske populacije. WHO naglašava kako se pitanje starenja populacije nameće kao ključno pitanje s obzirom na dramatični rast proporcionalnog udjela starijih osoba u populaciji, uz rast ukupnog broja starijih osoba. Ne tako davno, 2012 godine jedino je u Japanu udio starijih od 60 godina bio veći od 30%, ali do sredine 21 stoljeća i brojne druge zemlje će imati udio starijih osoba oko 30 % kao što ga je Japan imao već 2012. U tu skupinu zemalja biti će uključene i europske zemlje, zemlje Sjeverne Amerike, te Čile, Kina, Islamska Republika Iran, Južna Koreja, Ruska Federacija i Vijetnam (WHO 2020). Također, 2018. godine po prvi put u povijesti u svijetu je više osoba starijih od 65 godina nego djece mlađe od 5 godina. Očekuje se kako će do 2050. godine biti duplo više osoba starijih od 65 godina nego djece mlađe od 5 godina. Također se očekuje kako će do 2050. godine u svijetu broj osoba starijih od 65 godina biti veći od broja adolescenata i mladih u dobi od 14. do 24. godine (United Nations 2019, 3).

Procjenjuje se da je 2010. godine na Zemlji živjelo oko 524 milijuna ljudi starijih od 65 godina, što je činilo oko 8 % ukupne populacije, a prognoze predviđaju kako će do 2050. taj

broj narasti preko 1,5 milijardi, čime će se udio starijih od 65 godina povećati na oko 16 % svjetske populacije (Lindsay Smith idr. 2017, 2). Od 2007. godine do sredine 2019. godine ukupna se svjetska populacija povećala za dvije milijarde čime je dosegla 7,7 milijardi. Predviđanja su kako će svjetska populacija i dalje rasti te da će do 2030. godine iznositi oko 8,5 milijardi, a 2050. godine i dosegnuti 9,7 milijardi. U 2100. godini predviđa se doseg do 10,9 milijardi. Iako je danas svjetska populacija i dalje u porastu, taj je rast po prvi put od 1950. godine sporiji, a unatoč globalnom rastu populacije neke zemlje danas doživljavaju pad populacije. Predviđanja su kako će se populacija 55 zemalja ili područja smanjiti za 1 ili više posto u razdoblju od 2019. godine do 2050. godine. Razlog takvom padu može se pronaći u smanjenom fertilitetu te povećanoj emigraciji u nekim područjima (United Nations 2019, 1–3).

Jedna je od tih zemalja i Hrvatska koja u razdoblju od 2001. do 2010. godine bilježi negativnu stopu prirasta. U istom razdoblju prosjek prirasta 27 zemalja članica Europske unije bio je pozitivan. Usporedbom hrvatskoga popisa stanovništva iz 2001. i 2011. godine vidljivo je smanjenje udjela mladoga stanovništva (0 – 14 godina), s 17,1 % na 15,0 % posto te se vidljivo povećao udio staroga stanovništva (65+ godina), s 15,7 % na 17,2 %. Time se Hrvatska s medijalnom starošću od 41,5 godina svrstava među demografski najstarije zemlje u svijetu (Ministarstvo zdravstva 2012, 11–12).

Uz pojam starenja važno je navesti i pojam zdravlje koji je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) još 1948. godine definirala kao „Stanje potpunog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti“ (WHO 1948). Već je tada SZO pretpostavila kako pozitivno zdravlje podrazumijeva potpuno funkcioniranje u tjelesnom, psihičkom i socijalnom aspektu. Radeći na promociji zdravlja i prepoznavši globalnu potrebu za promocijom zdravoga starenja, SZO je u svom najnovijem projektu posvetio cijelu dekadu (2021– 2030) „Zdravom starenju“ te na svojim stranicama osim edukativnih materijala i informacija nudi i mogućnost aktivnoga uključivanja u projekt vezan uz promociju zdravoga starenja (WHO 2021). Ista organizacija u svojoj publikaciji Aktivno starenje: okvirna politika (Active Ageing: A Policy Framework) pod pojmovima zdravo i aktivno starenje podrazumijeva stil života koji sadrži široki spektar fizičkih, psiholoških i socijalnih aktivnosti koje pozitivno utječu na procese starenja. Uz fizičku aktivnost zdravo i aktivno starenje podrazumijeva odgovarajuće prehrambene navike, pravovremenu i odgovarajuću dostupnost zdravstvene službe, dobru obiteljsku i širu psihosocijalnu povezanost, ekonomsku stabilnost, izbjegavanje stresa i ekološki očuvanu okolinu (WHO

2002). Često zanemareni u istraživanjima okolišni čimbenici mogu utjecati na kvalitetu života i zdravlje pojedinca (Jelica idr. 2021, 54–71).

Osim pojma zdravog starenja u literaturi se susrećemo s još nekim pojmovima vezanim uz procese starenja, pa tako i s pojmovima primarnoga i sekundarnoga starenja. Pojam primarnoga starenja podrazumijeva fiziološko starenje koje se odnosi na normalne fiziološke procese. Pojam sekundarnoga starenja podrazumijeva patološke promjene uzrokovane godinama te je ono uzrokovano vanjskim čimbenicima, bolestima, a može biti posljedica dugogodišnjih negativnih utjecaja poput pušenja, alkohola i drugih onečišćenja (Despot Lučanin 2003; Lepan i Leutar 2012).

Objašnjavajući pojam fiziološkoga starenja, neki autori ga opisuju kao raznolik proces progresivnih deficita u svim sferama života (biološkim, psihičkim, društvenim) ravnomjerno raspoređenih u vremenu i bez prisutnih patoloških promjena (Malgorazata i Rafal 2014, 836). U literaturi se također srećemo i s pojmovima uspješnog, uobičajenog i patološkog starenja, a u novije se vrijeme koristi i pojam aktivnog starenja.

Aktivno starenje podrazumijeva sudjelovanje osobe na tržištu rada, sudjelovanje u kućanskim poslovima, aktivnosti u slobodno vrijeme te aktivna participacija u društvenom životu (Walker 2001; Puljiz 2004; Lepan i Leutar 2012; European Parliament 2012). Peel i suradnici zdravo starenje opisuju kao cjeloživotni proces koji optimizira mogućnosti poboljšanja i očuvanja zdravlja i tjelesne, socijalne i mentalne dobrobiti, neovisnosti, kvalitete života i poboljšanja uspješnih tranzicija životnoga tijeka (Peel idr. 2004; United States Department of Health and Human Services 2022).

Na pojavnost bolesnoga ili sekundarnoga starenja utječe i nedovoljna tjelesna aktivnost koja u razvijenim zemljama predstavlja značajan negativan utjecaj na razvoj nezaraznih bolesti, a danas se taj negativan utjecaj sve više širi i na zemlje sa srednjim i niskim prihodom (Medibank 2007; Bauman idr. 2012, 258–271; Šklempe Kokić 2019, 182–190).

Uz navedene pojmove u literaturi na engleskom jeziku za stariju se životnu dob povezuje i pojam „Frailty“. Iako se istraživači ne slažu oko preciznoga definiranja, uobičajeno je prihvaćeno da slabost (Frailty) ukazuje na stanje ranjivosti u pogledu buduće pojave loših zdravstvenih ishoda, kao što su smrtnost, hospitalizacija, institucionalizacija, kronična stanja i/ili gubitak funkcije u jednoj ili više domena (tj. fizička, psihološka, kognitivna i socijalna domena). Krhkost (Frailty) nije povezana samo s kvalitetom života i životnim zadovoljstvom pojedinaca, već utječe i na potrebe zdravstvene skrbi jer se s vremenom broj slabih (Frail) starijih osoba u našoj starijoj populaciji povećava (Etman idr. 2012, 1116–1121; Peters idr. 2012, 546–551).

Tijekom cjelokupne ljudske povijesti tjelesna je aktivnost u većoj mjeri zauzimala središnje mjesto, stoga je i tijekom evolucije utjecala oblikovanje naše fiziologije i nas samih. Usprkos tim saznanjima tek su nedavno jasno uočene zdravstvene posljedice koje sjedilački način života i visoko kalorijska prehrana imaju na naš organizam (Di Liegro idr. 2019; Šklempe Kokić 2019, 182–190). Tjelesna aktivnost definirana je od strane Svjetske zdravstvene organizacije kao svaki pokret tijela uzrokovan mišićnom kontrakcijom, a koji zahtijeva veću potrošnju energije u odnosu na potrošnju energije u mirovanju. Stoga tjelesna aktivnost podrazumijeva svaki oblik kretanja za vrijeme slobodnih aktivnosti, tijekom prelaska s jednog mjesta na drugo ili kao sastavni dio nečijega posla. Nadalje, umjerena i intenzivna tjelesna aktivnost mogu utjecati na poboljšanje zdravlja pojedinca. Neki od popularnih oblika tjelesne aktivnosti mogu uključivati hodanje, vožnju bicikla, aktivnu rekreaciju i igru, može se provoditi na bilo kojoj razini vještine i biti na užitek bilo komu (WHO, Physical activity 2020). Pojam tjelesnoga vježbanja obuhvaća aktivnost koja je planirana, strukturirana, provodi se prema planu i programu s ciljem poboljšanja ili održanja jedne ili više komponenti tjelesne kondicije, a svrstava se u podskupinu tjelesne aktivnosti (WHO 2018).

Kako bi se pratilo zdravstveno stanje nacija Europska komisija izdaje pomoću stručnjaka iz OECD-a (Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj – Organisation for Economic Cooperation and Development) i Europskoga opservatorija za zdravstvene sustave i politike trideset profila zdravlja za sve države članice EU-a te za Island i Norvešku. Profili zdravlja zemalja u okviru ciklusa State of Health in the EU (Stanje zdravlja u EU-u) sveobuhvatan su prikaz znanja i podataka o zdravstvenim sustavima pojedinačnih zemalja u usporedbi s podacima za cijeli EU. U publikaciji Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019. za Hrvatsku pod čimbenicima rizika koji su zaslužni za više od polovine smrtnih slučajeva u Republici Hrvatskoj, a povezani su s ponašanjem navodi prehrambene čimbenike: Hrvatska 28 %, dok je u EU 18 %, pušenje: Hrvatska 20 %, EU 17 %, alkohol: Hrvatska 7 %, EU 6 % te nedovoljna tjelesna aktivnost: Hrvatska 3 %, EU 3 % (EU's Country Health Profiles, 7).

Cjeloživotni pozitivni utjecaji tjelesne aktivnosti na zdravlje navode se u brojnim radovima te se na temelju tih spoznaja u posljednje vrijeme sve više govori i o tjelesnoj aktivnosti kao značajnom čimbeniku koji pridonosi uspješnom starenju. Adekvatna tjelesna aktivnost utječe na smanjenje pojavnosti bolesti ili oštećenja, a također ima pozitivan utjecaj na poboljšanje kognitivnog funkcioniranja i na aktivno sudjelovanje osobe u svakodnevnom životu, čime se djeluje na poboljšanje kvalitete života (Blumenthal idr. 1999, 2349–2356;

Medibank 2007; Rowe i Khan 2007, 433–440; Manini i Pahor 2009, 28–31; Yorston idr. 2012, 719–725; Akanni idr. 2017; Šklempe Kokić 2019, 182–190; Peters idr. 2020, 1–20). Usprkos saznanjima o pozitivnim učincima tjelesne aktivnosti na zdravlje, još uvijek se nedovoljan broj osoba uključuje u iste. Razlozi tomu mogu biti brojni, a neke od percipiranih prepreka mogu se razlikovati ovisno i o životnoj dobi. Tako se kod starijih kao prepreka uključivanju u tjelesne aktivnosti češće navodi nedostatak motivacije, dijagnosticirana bolest ili postojanje nekakvoga tjelesnog ograničenja dok osobe srednje životne dobi također navode nedostatak motivacije kao prepreku, ali uz nju navode i nedostatak vremena. Adolescentne osobe kao prepreku navode nedostatak društva, nedostatak društvene podrške obitelji i prijatelja, neodgovarajuće vremenske uvjete i nedovoljnu dostupnost prostora za provođenje tjelesne aktivnosti (Rech idr. 2018). Osim navedenoga, prepreke mogu uključivati i gubitak kontakta s prijateljima i/ili rodbinom, pomanjkanje društvene podrške i nedostatak odgovarajućih programa (Allender idr. 2006, Moschny 2011; 826–835; Goll idr. 2018). Percipirane se prepreke kao i motivacija za uključivanje u programe vježbanja mogu razlikovati ovisno o dobi osobe. Dok su kod mlađih osoba uobičajeni razlozi kontrola tjelesne težine, socijalna interakcija ili uživanje u sportskoj aktivnosti, starije se osobe najčešće uključuju kako bi usporile proces starenja, te kako bi stvorile mrežu socijalne podrške (Allender idr. 2006, 826–835).

Kako osoba stari, uslijed odlaska u mirovinu često se mijenja i njezina društvena uloga, stoga sociolozi navode i pojavu problema integracije starijih osoba, odnosno stvaranje novih veza s mlađim generacijama uzevši u obzir potencijale stvaralaštva i solidarnosti starijih osoba (Mesec 2000, 43–53). Nadalje, u nekim od razvijenijih društava dolazi i do promjena uvjetovanim odlaskom Baby Boomera (generacije od 1946. do 1964.) u mirovinu. Dosada je uočeno kako Boomeri znaju odgađati odlazak u mirovinu ili i u starijoj životnoj dobi prelaziti na druge plaćene poslove. Boomeri imaju želju kontrolirati svoje vrijeme i znaju tražiti smisao i svrhu u plaćenim ili neplaćenim aktivnostima. Njihova generacija svojim ponekad drukčijim pogledom na stariju dob zna nailaziti i na ograničenja u vidu društvenih i kulturoloških normi, spola, društvenoga položaja, radnih mjesta i socijalnih politika (Kojola i Phyllis 2016, 59–70).

Često se kod starijih osoba uslijed opadanja tjelesnih i kognitivnih funkcija sužava i društvena mreža čime dolazi do socijalne izolacije starijih koja može uzrokovati daljnje psihološko i tjelesno propadanje osobe (Chen i Feeley 2014, 141–161). Izmijenjenim društvenim ulogama, smrću supružnika ili nekim drugim čimbenicima poput bolesti kod starijih osoba također može doći do pojave socijalne izolacije. Nju se ne treba miješati s

osjećajem usamljenosti jer socijalna izolacija predstavlja objektivan nedostatak društvenih odnosa i društvene interakcije dok je usamljenost subjektivan, neugodan osjećaj. Obje pojave, i usamljenost i socijalna izolacija, mogu biti prediktori lošijega zdravlja i smrtnosti (Hawkley i Cacioppo 2003 98–105). Zdravstvenim rizicima koji se povezuju s usamljenošću i socijalnom izolacijom posebno su izložene starije osobe. To može biti posljedica odlaska u mirovinu, smanjene mobilnosti, porasta bolesti i onesposobljenja, kao i gubitak supružnika i drugih bliskih osoba. Većem riziku od pojave socijalne izolacije i od osjećaja usamljenosti izložene su osobe koje žive same i imaju manju društvenu mrežu te koje rijetko sudjeluju u društvenim aktivnostima (Yeh idr. 2004, 129–138; Coyle i Dugan 2012, 1346–1363), tako da i dosadašnja istraživanja ukazuju kako su osobe koje žive same ili u domu umirovljenika u lošijem položaju što se tiče osjećaja usamljenosti od osoba koje žive s članovima obitelji ili partnerom (Goriup idr. 2015, 21–36). U starijoj životnoj dobi negativni se utjecaji nedostatka socijalne podrške i socijalna isključenost povezuju i sa smanjenom kvalitetom života i lošijim zdravstvenim ishodima (Prattley idr. 2020). Međutim, trebamo voditi računa i o tome da ne percipiraju sve osobe socijalnu isključenost na isti način, već različita razina percipirane socijalne isključenosti ovisi o individualnom pristupu resursima (poput prihoda i društvenih mreža) i o priznavanju društvenoga statusa. Zaposlenje djeluje pozitivno osiguravajući pojedincima resurse i društveni status (Wetzel i Mahne 2016). Nadalje, i radni status osobe može utjecati na osjećaj zadovoljstva pojedinca pa se pokazalo kako duljina radnoga odnosa i način odlaska u mirovinu mogu biti povezani sa subjektivnim zadovoljstvom osoba u mirovini (Schmälzle idr. 2019).

Ukoliko želimo kreirati programe u koje će se uključiti veći broj starijih osoba, trebamo poznavati brojne psihosocijalne faktore poput dobi, spola, zdravstvenoga statusa, samoeфикаsnosti i motiviranosti koji utječu na spremnost starijih osoba za sudjelovanje (Bauman idr. 2012, 258–281).

S pozitivnim se mentalnim zdravljem kod odraslih osoba može povezati i visoka razina socijalnoga kapitala (Phongsavan idr. 2006, 2546–2561), stoga aktivnosti kojima je cilj povećanje socijalnoga kapitala, bilo kroz sport bilo kroz rekreaciju, a namijenjene su starijim osobama, mogu doprinijeti općem zadovoljstvu i uspješnom starenju (Kim idr. 2021, 1623–1641). Uključivanjem starijih osoba u programe tjelesnih aktivnosti otvaraju im se mogućnosti stjecanja novih poznanstava koja im mogu pružiti potporu nakon što se neke od njima dragih osoba odsele ili preminu te se na taj način utječe na poboljšanje njihove socijalne interakcije i socijalne podrške (Rowe i Khan 2007, 433–440; Hwang idr. 2019, 736–742).

U zadnjim desetljećima sjedilački je način života postao sve izraženiji usprkos spoznajama o njegovim brojnim negativnim učincima na zdravlje, a s druge strane o brojnim pozitivnim utjecajima tjelesne aktivnosti po zdravlje. Pozitivni učinci tjelesne aktivnosti između ostalog se manifestiraju i u vidu prevencije brojnih nezaraznih bolesti i onesposobljenja. Dok je sjedilački način života povezan i s preuranjenim vaskularnim starenjem, koje je danas jedan od vodećih uzroka smrtnosti, povećanje tjelesne aktivnosti može pozitivno utjecati na poboljšanje vaskularnoga zdravlja (Akanni idr. 2017; Llamas-Ramos idr. 2022).

Usprkos brojnim dostupnim saznanjima o prednosti tjelesne aktivnosti još uvijek se relativno mali broj starijih osoba uključuje u redovite programe vježbanja. Takvo ponašanje negativno utječe na povećavanje zdravstvenih rizika starijih osoba, a time negativno utječe i na kvalitetu njihova života (Katzmarzyk 2010 2717–2725; Owen 2012 535–539; Owen idr. 2010, 105–113; Rhodes idr. 2001, 693–703).

Kako bi bolje klasificirali oblik ponašanja koje bi okarakterizirali sjedilačkim, Office of Disease Prevention & Health Promotion opisuje ga kao manje od 90 minuta umjerene tjelesne aktivnosti tjedno (Office of Disease Prevention & Health Promotion 2018). Stoga su tipični sjedilački oblici ponašanja: gledanje televizije, rad za računalom i općenito vrijeme koje se provodi u sjedećem položaju. Zbog današnjega načina života u kojemu su u velikoj mjeri neizbježne brojni oblici sjedilačkoga ponašanja, i epidemiološke studije provedene na različitim dobnim skupinama ukazuju na veliki broj sati tijekom dana provedenih u sjedilačkim aktivnostima (Russell idr. 2008, 173–178). Faktori koji se povezuju sa sjedilačkim načinom života uključuju: nedostatak socijalne podrške, nedostatak prostora, nedostatak vremena, nedostatak motivacije, nedostatak sportskih vještina i interesa za fizičku aktivnost te netolerancija na aktivnost, umirovljenje, život u zemlji s niskim dohotkom, lijenost, nizak socioekonomski status osobe, ženski spol, korištenje javnoga prijevoza, život u urbanoj sredini, negativna samopercepcija zdravlja, razina znanja o tjelesnoj aktivnosti te pripadnost najstarijoj dobnj skupini (Martins idr. 2021, 1188–1205). Uslijed navedenih spoznaja dolazimo do poražavajućih podataka koji ukazuju da osobe starije od 80 godina provedu oko 80 % svoga budnoga vremena u sjedilačkim aktivnostima, tj. između 8 i 12 sati svakoga dana (Matthews idr. 2008, 875–881; Davis idr. 2011, 647–654). Nadalje, dulje vrijeme provedeno u sjedilačkim aktivnostima kod starijih se osoba povezuje s već prije navedenim negativnim učincima i s povećanim rizikom smrtnosti (De Rezende idr. 2014). Usprkos svim tim saznanjima trećina osoba starijih od 65 godina u slobodno se vrijeme ne bavi tjelesnom aktivnošću, zato se time kod tih osoba povećava opasnost od oboljenja vezanih uz sjedilački način života i neaktivnost (Mišigoj Duraković

2018; Klieman idr. 2007, 335–339). Kako bi bolje razumjeli pojam slobodnog vremena vezano i uz osobe koje su u mirovini, važno je znati kako se ono opisuje kao neobavezno vrijeme koje je oslobođeno posla, drugih životnih obaveza i intrinzično je motivirano (Cho idr. 2018, 380–386).

Promatranjem različitih oblika prilagodbe osoba na umirovljenje uočeno je kako osobe koje u svojoj starosti nastave s aktivnim životom uspješnije nadomještaju uloge izgubljene umirovljenjem ili smrću supružnika novim ulogama. Time ponašanje aktivnih osoba treće životne dobi više sličići ponašanju sredovječnih nego starih (Pečjak 2001). Stoga razlozi za uključivanje starijih osoba u programe namijenjene njima mogu biti višestruki, pa oni mogu uključivati smanjenje usamljenosti i socijalne izolacije uz poboljšanje fizičkoga zdravlja, zdravstvenu edukaciju i pronalaženje slobode izvan vlastitoga domaćinstva (Hwang idr. 2019, 736–742). Jedna od determinanti uključivanja starijih osoba u raznim tjelesnom aktivnostima može biti i razina obrazovanja pa se i ta komponenta treba uzeti u obzir prilikom kreiranja programa (Gallè idr. 2020). Osim pozitivnoga djelovanja na smanjenje socijalne izolacije grupni program organiziranoga tjednog vježbanja umjerenoga intenziteta kod sjedilačke starije populacije poboljšava mišićnu snagu i izdržljivost (Bielderma 2016). Na tragu ovih dostupnih saznanja, a s ciljem poboljšanja zdravstvenoga statusa i kvalitete života starijih osoba, osobe uključene u kreiranje javnozdravstvene politike trebaju iznaći načina i omogućiti starijim osobama uključivanje u lako dostupne programe vježbanja, posebice u ekonomski siromašnijim kvartovima u kojima se uobičajeno bilježi viši stupanj neaktivnosti i kroničnih oboljenja (Bielderma 2016, 120–126).

Autori Touhy i Jett kao jedan od razloga neadekvatne i neučinkovite preventivne skrbi navode slabiju zdravstvenu pismenost starijih osoba koja može dovesti do nezdravoga stila života, slabijega korištenja zdravstvenih resursa, lošijih ishoda liječenja, pa i do povećanoga mortaliteta, stoga se prilikom kreiranja programa namijenjenih starijim osobama treba uključiti i edukacija s ciljem poboljšanja iste (Touhy i Jett 2014, 83).

U starijoj životnoj dobi nasuprot tjelesnoj neaktivnosti i društvenoj izoliranosti te bolesnom starenju postoji i zdravo, aktivno ili uspješno starenje, na koje se današnja literatura referira ovisno o terminološkim smjernicama. Sveobuhvatniju definiciju uspješnoga starenja predlažu Young i suradnici. Smatraju da uspješno starenje uključuje tri zdravstvene domene: fiziološku (oboljenja i funkcionalna oštećenja), psihološku (emocionalna vitalnost) i socijalnu (duhovnost i prilagodba uz pomoć mehanizama socijalne podrške) (Young idr. 2009, 87–92). Baveći se konceptom uspješnoga starenja, Rowe i Khan predstavili su tri osnovne komponente vezane uz taj koncept: izbjegavanje bolesti i onesposobljenosti,

zadržavanje visokih kognitivnih i tjelesnih funkcija te uključenost u život (Rowe i Kahn 1997, 433–440; Carr idr. 2013).

S društvenim promjenama koje uključuju nikad bržu razmjenu informacija došlo je i do promjena u ponašanjima starijih osoba pa su tako, usprkos podacima o sve izraženijem sjedilačkom načinu života u svim dobnim skupinama, Palacios-Cena i suradnici došli do podataka o većem uključivanju starijih osoba u tjelesne aktivnosti tijekom slobodnoga vremena (Palacios-Cena idr. 2011).

Nadalje, kada govorimo o starijim osobama, moramo biti svjesni kako starije osobe osim sličnosti po dobi predstavljaju iznimno heterogenu skupinu čiji pripadnici imaju različite potrebe ovisno o stupnju funkcionalnoga oštećenja, osobnosti, socioekonomskog statusa, životnih stavova, razini obrazovanja i socijalnoga funkcioniranja te se prilikom planiranja njihova uključivanja u tjelesne aktivnosti takve karakteristike trebaju uzeti u obzir (Tomek-Roksandić idr. 2012, 76–82; Kovač 2016, 68–83).

Uzimajući, stoga, karakteristike koje treća životna dob stavlja pred osobu i na temelju dosadašnjih saznanja, Svjetska zdravstvena organizacija objavila je smjernice za preporučenu razinu tjelesne aktivnosti po određenim populacijskim skupinama u kojima su posebno obuhvaćene i starije osobe: djeca i adolescenti, odrasli i starije osobe. Takve smjernice predstavljaju važan alat osobama uključenim u promociju zdravlja kod starije populacije (Okely idr. 2021). Svjetska zdravstvena organizacija smatra tjelesnu aktivnost i vježbanje ključnim odrednicama zdravlja. Navodeći kako preporučene doze tjelesnih aktivnosti i sudjelovanja u sportskim aktivnostima pružaju psihološku i društvenu dobrobit muškarcima i ženama svih dobi, uključivo i osobama s nekom vrstom oštećenja, tjelesna aktivnost ne zahtijeva velike financijske izdatke, a predstavlja snažno sredstvo u prevenciji bolesti, poboljšanju zdravlja i promociji integracije i poboljšanja socijalne interakcije koja često nedostaje starijim osobama (Kruk 2014, 7499–7503).

Uz sve navedene društvene promjene razumijevanje globalnih i lokalnih demografskih trendova od iznimnog je značaja u kreiranju i osmišljavanju socijalnih i zdravstvenih politika te u socioekonomskom društvenom planiranju. Kako bi takve politike vezane uz starenje populacije bile uspješne, posebno je važno staviti starije osobe u središte planiranja održivoga razvoja.

2.1 Kvaliteta života vezana uz zdravlje i tjelesnu aktivnost

Samo starenje stanovništva i njegova kronološka dob ne pružaju nam sve podatke vezano uz potrebe te dobne skupine za zdravstvenom skrbi pa se kao jedan od pokazatelja zdravstvenoga stanja stanovništva koristi i indikator godine zdravoga života, a koji pokazuje koliko se dugo očekuje da ljudi žive bez određenih zdravstvenih poteškoća (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2022).

Pravo na zdravlje temeljno je pravo svake osobe i preduvjet za dostojanstven život bez obzira na rasne, spolne, vjerske, socijalne i ostale razlike; to pravo podrazumijeva pristup zdravstvenoj skrbi, lijekovima i liječenju (WHO 2006; Trgovčić 2018, 69–85). Brojni faktori, uključujući i životne navike, utječu na održavanje zdravlja. Životne se navike stječu i grade tijekom odrastanja, zato djeca i adolescenti lakše prihvaćaju i stvaraju pozitivne zdrave životne navike od odraslih osoba ako kod njih već postoje usvojeni nezdravi stilovi života (Vukotić 2020, 445–451).

Neke nezdrave navike poput tjelesne neaktivnosti, pušenja ili nezdrave prehrane povećavaju rizik za razvoj bolesti, ali se na njihovu promjenu može pozitivno utjecati vremenom i strpljenjem te uvođenjem pozitivnih životnih navika (Vukoja idr. 2017, 20–22). Prema podacima iz 2020. godine muškarci iz EU-27 mogu očekivati 63,5 zdravih godina života, što čini 81,9 % njihove životne dobi, od očekivanih 77,5 godina, dok žene mogu očekivati 64,5 zdravih godina života, što je 77,5% od njihova očekivanog životnog vijeka od 83,2 godine. U Hrvatskoj je za muškarce očekivani broj zdravih godina života 57,5 godine, što je 77,0 % njihove očekivane životne dobi, a za žene je to 59,6 godina, što je 73,7 % njihove očekivane životne dobi. Iz dobivenih podataka vidljivo je kako muškarci u Hrvatskoj imaju za 3,1 % kraći očekivani period zdravoga života od prosjeka EU-a dok žene imaju 3,8 % niži očekivani period zdravoga života od prosjeka u EU (HZJZ 2022).

U literaturi se kroz povijest pojam kvalitete života obrađuje na brojne načine pa postoje brojni modeli i definicije. Svjetska zdravstvena organizacija definira ju kao „pojedincevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu“ (WHO 1999). Kako se pojam kvalitete života mijenjao kroz povijest te podrazumijevao različite pojmove, Vuletić i Mujkić navode da se pod pojmom kvalitete života sredinom 20. stoljeća podrazumijeva životni standard te kako se 60-ih godina 20. stoljeća javlja jasna razlika u poimanju objektivnih i subjektivnih komponenti kvalitete života dok se 70-ih godina 20. stoljeća ispitivanje kvalitete života usmjerava na pojedinca i na subjektivne pokazatelje (Vuletić i Mujkić 2002, 64–70).

Na kvalitetu života osim objektivnih faktora (društvenih, ekonomskih i političkih) utječe i osobni doživljaj i procjena tjelesnog, materijalnog, društvenog i emocionalnog blagostanja te osobnog razvoja i svrhovite aktivnosti (Cummins 2000, 55–72). Nadalje, kvaliteta života vezana uz pojam zdravlja podrazumijeva i funkcionalnu sposobnost, stupanj kvalitete socijalne interakcije, psihičku dobrobit, somatske osjete i zadovoljstvo životom (Vladetić 2016, 10).

Tjelesna aktivnost kod osoba starijih od 65 godina doprinosi poboljšanju zdravlja kroz: smanjenje opće smrtnosti, smrtnosti uzrokovane kardiovaskularnim oboljenjima, hipertenzijom, karcinomom na određenim lokacijama, smanjenjem incidencije dijabetesa tipa 2, poboljšanjem mentalnoga zdravlja (kroz smanjenje simptoma anksioznosti i depresije), poboljšanju kognitivnoga zdravlja i sna, a također može utjecati i na smanjenje tjelesne težine. Osim toga, tjelesna aktivnost kod starijih osoba pomaže u prevenciji padova i u prevenciji ozljeda povezanih s padovima, kao i u poboljšanju zdravlja kostiju i funkcionalnoj sposobnosti (Mather idr. 2002, 411–415; Gondim idr. 2015; Herc idr. 2016, 122–129; Znika idr. 2016, 138–168; Šklempe Kokić 2019, 182–190; Sherrington idr. 2019). Uključivanjem starijih osoba u organizirane oblike vježbanja utječe se ne samo na tjelesnu komponentu zdravlja već i na psihološku i socijalnu, a time se utječe i na ukupno poboljšanje kvalitete života (Chang idr. 2014, 516–523). Tjelesna je aktivnost povezana s poboljšanjem različitih dimenzija psihološkoga funkcioniranja, poput depresije, i može poboljšati kognitivnu funkciju (Ashe idr. 2009, 64–72; Stock idr. 2012, 107–112; Hogervorst idr. 2012, 117).

U smjernicama za fizičku aktivnost i sjedilački način života Svjetska zdravstvena organizacija navodi preporučenu razinu tjelesne aktivnosti za osobe starije od 65 godina jer bi se svi stariji trebali redovito baviti tjelesnom aktivnošću; starije bi osobe trebale, s ciljem održavanja zdravlja, tjedno provoditi najmanje 150 – 300 minuta u umjerenim aerobnim aktivnostima ili najmanje 70 – 150 minuta u intenzivnim aerobnim aktivnostima (WHO 2020). Smjernice također preporučuju kako bi starije osobe s ciljem dodatnoga poboljšanja zdravlja trebale dva ili više puta tjedno provoditi vježbe jačanja mišića koje bi uključivale veće mišićne skupine (Tabela 1).

Tabela 1. Preporučena razina tjelesne aktivnosti za osobe starije od 65 godina

Preporučena razina tjelesne aktivnosti za ≥ 65		
Tjelesna aktivnost	Jačanje mišića	Sjedilačko ponašanje
Najmanje 150 – 300 minuta umjerene tjelesne aktivnosti ili 75 – 150 minuta intenzivne tjelesne aktivnosti ili ekvivalentna kombinacija umjerene i intenzivne tjelesne aktivnosti tjedno.	Najmanje dva dana tjedno sudjelovati u aktivnostima jačanja mišića umjerenoga ili jakoga intenziteta koje uključuju sve glavne mišićne skupine..	Ograničiti vrijeme provedeno sjedeći
Za dodatnu zdravstvenu dobrobit povećati umjerenu aktivnost na više od 300 minuta tjedno ili intenzivnu aktivnost na više od 150 minuta tjedno	Najmanje tri puta tjedno izvoditi multikomponentne tjelesne aktivnosti koje stavljaju naglasak na funkcionalni balans i snagu, a provode se najmanje na razini umjerenoga intenziteta	Zamijeniti sjedenje s tjelesnom aktivnošću bilo koje razine intenziteta

Izvor: Okely idr. 2021.

Osim navedenih prednosti za zdravlje, tjelesne aktivnosti koje se provode s ciljem prevencije padova i poboljšanja funkcionalnog kapaciteta starijih osoba trebale bi se provoditi tri ili više dana tjedno u obliku multikomponentnih tjelesnih aktivnosti s naglaskom na funkcionalni balans i trening jakosti umjerenoga ili jakoga intenziteta. Važno je znati da je bilo kakvo bavljenje fizičkom aktivnošću bolje nego nikakvo (De Groot idr. 2011, 153–160; Okely idr, 2021). Starije bi se osobe trebale postupno početi baviti fizičkom aktivnošću, postupno povećavajući učestalost, intenzitet i trajanje aktivnosti tijekom vremena. Starije osobe trebaju biti fizički aktivne u mjeri u kojoj im njihova funkcionalna

sposobnost dopušta i trebaju prilagoditi intenzitet fizičke aktivnosti razini svoje tjelesne sposobnosti (WHO, Guidelines on physical activity and sedentary behaviour 2020).

Tjelesna aktivnost i zdravlje su usko povezani (Nelson idr. 2007; U.S. Department of Health and Human Services 2022). Autori Lobelo i de Quavedo navode kako se tjelesna neaktivnost svrstava na drugo mjesto kao jedan od vodećih uzroka smrti diljem svijeta te se nameće kao oblik ponašanja zbog kojega se trebaju poduzeti mjere na globalnoj razini, a s ciljem pomoći u kontroli rastućega zdravstvenog opterećenja uzrokovanoga nezaraznim bolestima. Unatoč globalizaciji, ubrzanom tempu života i dostupnosti informacija kod većine ljudi prevladava nedovoljna svjesnost negativnih posljedica tjelesne neaktivnosti te se manjak slobodnoga vremena navodi kako najčešći izgovor za neuključivanje u iste (Lobelo, de Quevedo, 2016, 36–52).

Tijelo se brzo prilagodi nedovoljnoj tjelesnoj aktivnosti i neodgovarajućem životnom stilu, stoga ako se takav način ponašanja ne promijeni, isti može dovesti do značajnoga smanjenja kvalitete života (Middlekauff idr. 2016).

Nedovoljna tjelesna aktivnost pogoduje povećanju tjelesne mase i debljini (Lindsay idr. 2014, Bennie idr. 2019). Povišeni indeks tjelesne mase ITM (ITM –mjera tjelesne mase osobe s obzirom na njezinu visinu) ukazuje na povećani rizik za dijabetes, osteoartritis, i onesposobljenost, ali ima i pozitivan učinak na gustoću kostiju i pojavnost prijeloma kuka kod odraslih. Stoga bi se u programe mršavljenja trebali uključiti programi vježbanja jačanja mišića i programi koji uključuju vježbe s progresivnim otporom (Garber idr. 2011, 1334–1359; Kalish 2015, 137–144). Nacionalna zdravstvena služba Ujedinjenog Kraljevstva (United Kingdom National Health Service-NHS) na svojim stranicama navodi kako prekomjerna tjelesna masa i debljina mogu dovesti do razvoja brojnih nepovoljnih zdravstvenih stanja poput: dijabetesa tipa 2, koronarne srčane bolesti, nekih oblika raka, kao što su rak dojke ili debelog crijeva, povišenih masnoća u krvi, arterioskleroze, osteoartritisa, apneje u snu, a mogu pogodovati i moždanom udaru. Prekomjerna tjelesna masa i debljina također mogu utjecati na kvalitetu života osobe te dovesti do psiholoških problema, poput depresije i niske razine samopoštovanja. Također, prekomjerna debljina može dovesti do skraćenja životnoga vijeka od 3 do 10 godina. Smatra se kako prekomjerna masa i debljina doprinose uzroku smrti kod 1 do 13 osoba (United Kingdom National Health Service – NHS).

Europska zdravstvena anketa (European Health Interview Survey, EHIS) u rezultatima istraživanja iz 2019. godine navodi kako se udio odraslih osoba s prekomjernom težinom i debljinom značajno razlikuje u pojedinim državama članicama Europske unije te kako je u

Hrvatskoj i Malti zabilježen najviši udio od 65 % odraslih osoba s prekomjernom tjelesnom masom. Nadalje, rezultati istraživanja ukazuju na razliku u udjelu prekomjerne mase i debljine po spolu te da su u svim državama članicama Europske unije zabilježeni udjeli prekomjerne tjelesne mase ili debljine viši među muškarcima nego ženama. Najveće razlike u udjelu prekomjerne tjelesne mase po spolovima zabilježene su u Luksemburgu (59 % muškaraca naspram 38 % žena), Češkoj (70 % naspram 51 %) i Cipru (59 % naspram 41 %). I u Hrvatskoj je zabilježena velika razlika u prekomjernoj masi po spolu pa je 73 % muškaraca imalo prekomjernu tjelesnu težinu naspram 59 % žena (Eurostat 2021; Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2022).

U ukupnoj populaciji odraslih u Hrvatskoj prema njihovu indeksu tjelesne mase gotovo dvije trećine odraslih (65 %) imalo je prekomjernu tjelesnu masu ili debljinu (42 % prekomjernu tjelesnu masu i 23 % debljinu). Povećanje tjelesne mase povezano je i s određenim dobnim skupinama te što je viša dobná skupina, to je i veći udio osoba s prekomjernom tjelesnom masom ili debljinom, osim uz iznimku onih starijih od 75 godina. Najniži je udio u odraslih osoba dobi od 18 do 24 godine (27 %), a nakon toga udio raste s dobi i najviši je u osoba dobi od 65 do 74 godine i iznosi 79 % (Eurostat 2021).

Redovita tjelesna aktivnost pokazala se učinkovitom u primarnoj i sekundarnoj prevenciji niza kroničnih bolesti poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, karcinoma (posebno karcinoma debelog crijeva i dojke), visokog krvnog tlaka, prekomjerne tjelesne težine i osteoporoze (Nelson idr. 2007; Warburton i Bredin 2017, 541–556; Greblo Jurakić i Jurakić 2019, 135–141; Llamas-Ramos idr. 2022).

Osim što utječe na poboljšanje fizičkoga zdravlja tjelesna aktivnost može biti zabavna te omogućiti druženje s članovima obitelji i prijateljima na svježem zraku (Cavanagh idr. 1998, 1–29; Greblo Jurakić i Jurakić 2019, 135–141). Redovita tjelesna aktivnost pokazala se povezanom i s nižom razinom anksioznosti i depresije te kao faktor koji utječe na bolje kognitivno funkcioniranje osoba starije životne dobi s različitim stupnjem kognitivnoga oštećenja i demencije (Heyn idr. 2004, 1694–1704; Hetherington 2012; Marković idr. 2015, 117–123; Greblo Jurakić i Jurakić 2019, 135–141). S druge strane nedovoljna se tjelesna aktivnost uz dijabetes, pušenje, depresiju, povišeni krvni tlak, povišeni kolesterol i socijalnu izolaciju smatra jednim od rizičnih faktora za razvoja blagih kognitivnih poremećaja (Medibank 2007; Tomek-Roksandić 2017).

Osim podataka koji govore u prilog tomu da se starije osobe nedovoljno često uključuju u tjelesne aktivnosti, nedostaju nam opsežnije informacije o percipiranim preprekama za redoviti nastavak sudjelovanja u tjelesnim aktivnostima. Većina literature uspoređuje samo

aktivne s neaktivnim osobama ili s osobama kod kojih prevladava sjedilački način života, bez detaljnijega ispitivanja prepreka u pogledu predanosti promjeni ponašanja (André i Agbangala 2020).

2.2 Kvaliteta života i psihosocijalni čimbenici vezani uz zdravlje

Dinamika više faktora, a koja se temelji na psihološkim promjena, kroničnim bolestima i multimorbiditetima kod starijih osoba može dovesti do zdravstvenih stanja koja nisu obuhvaćena klasičnom klasifikacijom bolesti pa su stoga često izostavljena u procjenama zdravlja koje se temelje na samim bolestima. Takva se stanja zajednički nazivaju gerijatrijskim sindromima premda se još vode rasprave što sve ta stanja uključuju (Beard idr. 2016, 4). Kvaliteta života u starijoj dobi, iako povezana s fizičkim zdravljem i funkcioniranjem, ne mora uvijek izravno ovisiti o zdravstvenim čimbenicima. Neki stariji ljudi žive dobro unatoč lošem zdravlju i obrnuto. Psihološki i socijalni čimbenici također mogu imati važnu ulogu u procesu starenja (Pluzarić idr. 2016, 183–192).

Govoreći o zadovoljstvu životom, često se govori u vidu procjene života pojedinca u smislu osjećaja bliskosti, sreće i subjektivnoga blagostanja. Brojni autori navode kako starenje utječe na smanjenje zadovoljstva životom uslijed fizičkih, psihičkih i društvenih gubitaka. Takvo stanje može se shvatiti kao potencijalni problem jer je danas oko 600 milijuna ljudi diljem svijeta u dobi od ≥ 60 godina, a taj će se broj povećati na 1,2 milijarde do 2050. godine (Cho idr. 2018, 380–386). Fizički, psihološki, društveni i duhovni čimbenici isprepliću se i utječu na kvalitetu života starijih osoba (Kaučić i Ovsenik 2017).

Osim navedenoga trebamo spomenuti i duhovne faktore, koji također mogu utjecati na osjećaj zadovoljstva životom. Oni mogu uključivati dva indeksa: samopoštovanje i sliku o samome sebi uz duhovnost (Kaučić idr. 2017, 170–182). Nadalje, neravnopravnost s kojom se osobe susreću tijekom cijeloga života reflektiraju se i u uzorcima smrtnosti i lošijega zdravstvenog statusa u starijoj životnoj dobi. Iako se životni vijek globalno općenito produžuje, postoje značajne razlike između zemalja, ovisno o njihovom socioekonomskom razvoju, spolu te faktorima poput naobrazbe pojedinaca (United Nations, World Population Ageing 2015, 67–101). Stupanj naobrazbe također ima značajan utjecaj na očekivanu duljinu života. U zemljama članicama OECD-a (Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj) osobe koje su stekle najviši stupanj naobrazbe mogu očekivati da će živjeti u prosjeku šest godina duže od osoba s najnižim stupnjem naobrazbe. Za muškarce ta razlika iznosi skoro devet godina (OECD 2015, 191–209).

Budući da starenjem starije osobe mogu biti izložene riziku pogoršanja mentalnoga zdravlja, važno je istražiti razne potencijalno prikladne pristupe koji promiču zdravo starenje i smanjuju stresove. Jedan od pozitivnih pristupa može biti posjedovanje kućnog ljubimca. Posjedovanje kućnog ljubimca može djelovati pozitivno pružajući starijim osobama društvo, dajući im osjećaj svrhe i smisla, smanjujući usamljenost i povećavajući socijalizaciju. Ove dobrobiti također mogu povećati otpornost starijih osoba na poremećaje mentalnoga zdravlja (Hui Gan idr. 2020, 1605–1612).

Uzimajući u obzir i povećanu pojavnost kroničnih bolesti i ostalih oboljenja koja se učestalije javljaju u starijoj životnoj dobi, ne iznenađuje učestalo niža procjena kvalitete života vezane uz zdravlje kod starijih osoba nego kod mlađih. Također, često na lošiju procjenu kvalitete života, osim narušenoga zdravstvenog stanja starijih osoba, utječe i lošija socijalna podrška te loši socioekonomski čimbenici (Murtagh idr. 2015). Osim navedenoga na kvalitetu života starije osobe utječu čimbenici poput dobi, spola, bračnog statusa, statusa stanovanja, edukacije, zanimanja, socioekonomskog statusa, interakcije s ljudima, korištenje mobitela i društveno okruženje u kojemu žive (Devraj i D'mello 2019).

U literaturi se kao ključnim komponentama zdravoga starenja smatraju i socijalne interakcije pojedinaca (WHO 2002; Phongsavan idr. 2013, 921–943). Dosadašnja istraživanja koja su se bavila pitanjem povezanosti socijalne interakcije i zdravoga starenja govore u prilog povezanosti više razine socijalnoga angažmana osobe i niže razine psihološkoga stresa (Berkman idr. 2000, 843–857; Holt-Lundstad idr. 2010; Phongsavan idr. 2006, 2546–2561; Phongsavan idr. 2013, 921–943).

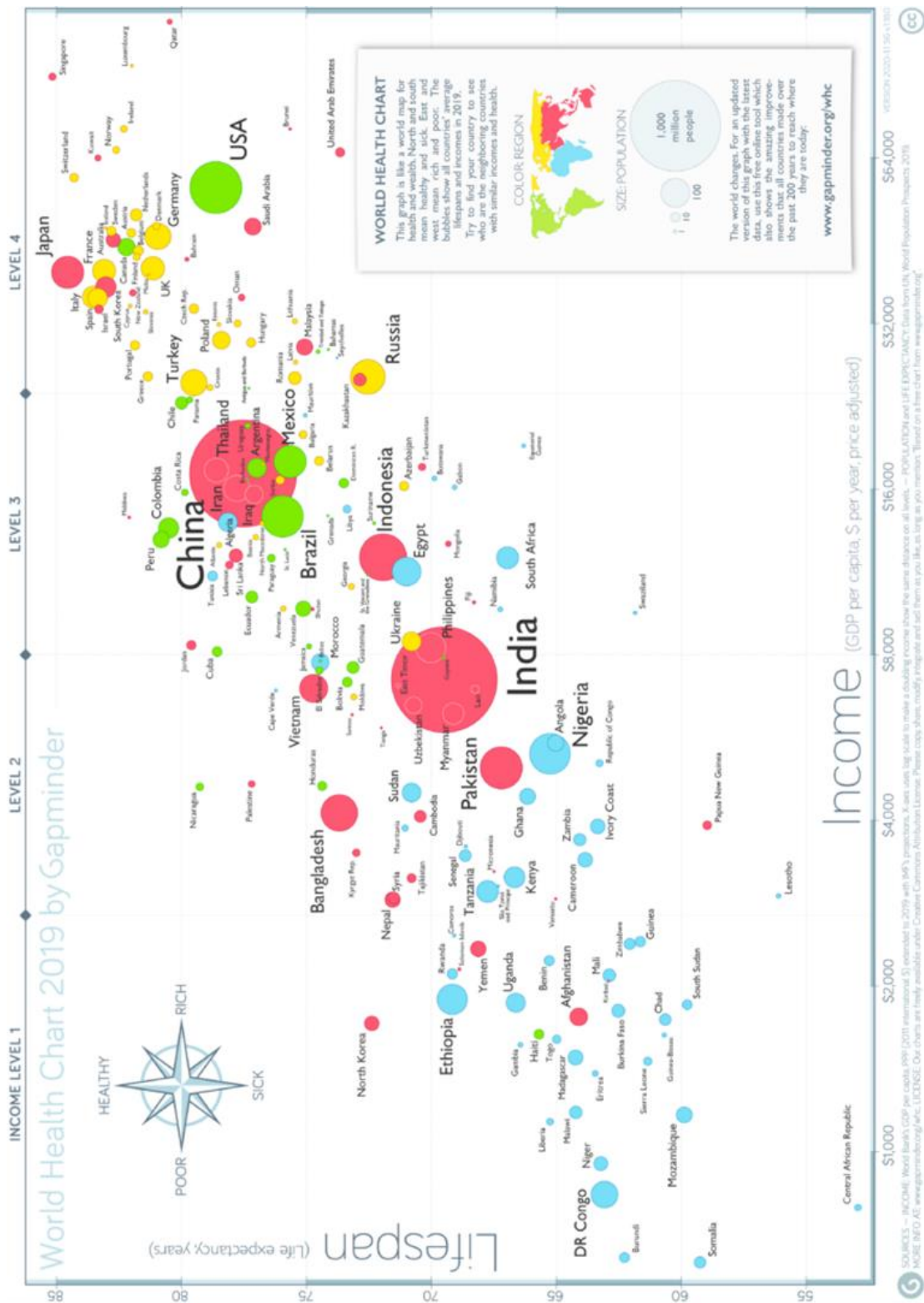
Istraživanja su nadalje pokazala kako se oblici i razine socijalne interakcije mijenjaju tijekom života te tako osobe srednje dobi, koje su često društveno aktivne na poslu i u privatnom životu, starenjem mogu iskusiti značajno smanjenje društvenih interakcija, što može dovesti do povećanoga rizika od depresije (Cacioppe i Hughes 2006; Heikkinen i Kauppinen 2004, 239–250; Phongsavan idr. 2013, 921–943).

Nadalje, iz dosadašnjih istraživanja vidljiva je brojnost psihosocijalnih čimbenika koji djeluju na samopercepciju kvalitete života vezanu uz zdravlje. Viši socioekonomski status može biti povezan uz bolji doživljaj zdravlja nasuprot kroničnim oboljenjima i stresu koji mogu biti povezani s lošijim zdravstvenim statusom (Kaučić idr. 2016; Bonner idr. 2017, 94; Znika 2020, 84–105). U dosadašnjim studijama pokazalo se da starije osobe, osobe ženskoga spola, niže naobrazbe i lošijega socioekonomskog statusa češće procjenjuju svoje zdravlje lošijim od mlađih osoba, muškoga spola, višega stupnja naobrazbe i boljega socioekonomskog statusa (Havelka 2011, 51–64).

Utjecaj socioekonomskog statusa na zdravlje opsežno je proučavan pa su dosadašnje studije pokazale kako je nizak socioekonomski status povezan i s nižim vrijednostima različitih mjera zdravlja i kvalitete zdravlja (Pappa idr. 2009). U starijoj dobi prikladni uvjeti stanovanja, sigurno okruženje i financijska stabilnost mogu predstavljati važnije čimbenike zadovoljstva životom od tjelesne aktivnosti, prehrane, pušenja i konzumacije alkohola (Kaučić idr. 2016, 300–318). Kod starijih osoba uočena je povezanost između razine socijalne potpore, usamljenosti i tjelesne aktivnosti te je za očekivati da će se osobe s višom razinom društvene podrške tjelesnoj aktivnosti prije uključivati u istu, osobito onda kada socijalna podrška dolazi od članova obitelji (Lindsay Smith idr. 2017).

Svjetska zdravstvena organizacija, svjesna potrebe za educiranim stručnjacima iz područja demografskih promjena vezanih uz starenje populacije, od 2019. godine organizira tečaj za profesionalce koji se u svom radu susreću s izazovima starenja populacije. Tečaj nosi naslov „Utjecaj zdravog starenja na 21. stoljeće: Globalni online tečaj za lidere“ ili originalnoga naslova „Healthy Ageing for Impact in the 21st Century: Global Online Leaders Training“ (WHO, Healthy ageing 2020). Na tečaju se između ostalih koriste i materijali Švedske fondacije „Gapminder“. Fondacija nudi analizu kretanja populacije na svjetskoj razini pa je moguća analiza populacijskih podataka za cijeli svijet ili pojedinu zemlju uzimajući u obzir različite parametre u određenom vremenskom razdoblju. Na stranicama fondacije mogu se tako naći prikazi demografskih promjena populacije tijekom vremena, prikaz populacije po bogatstvu, promjene broja rođene djece po ženi tijekom vremena te je grafički prikazana povezanost prihoda s očekivanom duljinom života (Grafikon 5) (Gapminder, 2020).

Grafikon 5: Prikaz distribucije svjetske populacije po duljini života i prihodu



Izvor: Gapminder foundation 2020.

Iz grafičkoga prikaza može se zaključiti da osobe koje žive u zemljama s višim bruto domaćim proizvodom (BDP) u pravilu žive duže od osoba koje žive u siromašnijim zemljama. Ipak, treba imati na umu da postoji značajna razlika u duljini života i između

zemalja sa sličnim BDP-om, a ona ovisi o načinu na koji se novac raspoređuje i koristi unutar same zemlje (Gapminder 2020).

U Republici Hrvatskoj društvena nejednakost štetno utječe na rizike za zdravlje, stoga, kao i u mnogim drugim zemljama EU-a, postoje velike razlike u stopama pretilosti između osoba s najnižim i najvišim stupnjem obrazovanja ili razinom dohotka. Za osobe s niskim stupnjem sekundarnoga obrazovanja gotovo je dvostruko vjerojatnije da će biti pretile od onih sa sveučilišnim obrazovanjem (22,5 % u odnosu na 12 % 2017.). Isto tako, broj pušača u kvintalu s najnižim dohotkom (30,1 %) 2014. bio je puno veći nego u kvintalu s najvećim dohotkom (21,5 %) (EU's Country Health Profiles 2018, 8).

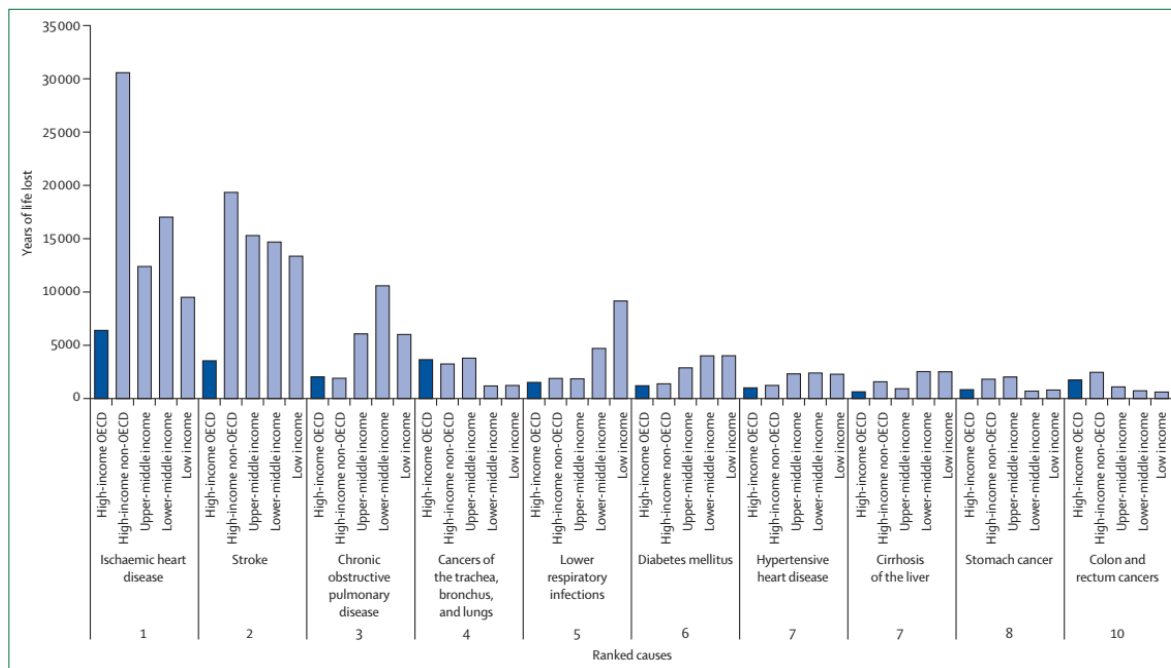
Uzroci poboljšavanja i uzroka smrti mogu se blisko povezati s razvijenošću mjesta gdje osoba živi. Diljem pojedinih zemalja i regija smrtnost starijih osoba primarno je uzrokovana nezaraznim bolestima (WHO 2015, 90).

U zemljama s niskim ili srednjim primanjima, smrtnost uzrokovana nezaraznim bolestima javlja se u ranijoj životnoj dobi nego u zemljama s visokim primanjima, a zarazne bolesti uzrokuju značajnu razinu smrtnosti u svim životnim dobima (UNDESA 2015, 4).

Uočena je povezanost razine socioekonomskog razvoja neke zemlje te socioekonomskog statusa pojedinca unutar same zemlje s uzrocima poboljšavanja i smrti. Beard i suradnici navode istraživanje provedeno u Škotskoj koje ukazuje na 10 do 15 godina raniju pojavnost multimorbiditeta kod osoba koje žive u siromašnijim područjima od osoba koje žive u imućnijim područjima unutar same Škotske. Nadalje, multimorbiditet se češće pojavljuje kod osoba nižega socioekonomskog statusa (Beard idr. 2016, 3).

Promatrajući globalno, većina bolesti odgovornih za smrtnost starijih osoba ima značajniji utjecaj u zemljama s niskim i srednjim primanjima nego u zemljama s visokim primanjima. Bolesti koje predvode u smrtnosti jesu: ishemična srčana bolest, moždani udar i kronična opstruktivna plućna bolest (Grafikon 6), uz napomenu kako je u grafikonu prikazan visoki utjecaj kardiovaskularnih bolesti za koji je u velikoj mjeri odgovorna visoka stopa kardiovaskularnih bolesti u Ruskoj Federaciji (Beard idr. 2015).

Grafikon 6: Prikaz izgubljenih godina života smrtnošću (YLL – years of life lost to mortality), 10 najučestalijih uzroka gubitka godina, na populaciji od 100 000, dobi od 60 i više godina, 2012



Izvor: Beard idr., 2015, 4.

Utjecaj socioekonomskog statusa vidljiv je i kroz pokazatelje vezane uz potrebnu skrb za starije u društvu. Iako zbog rastućeg broja starijih osoba u budućnosti možemo očekivati povećanu potrebu za prevencijom i skrbi vezano uz nezarazne bolesti, povezanost između udjela starijih osoba u populaciji s opterećenjem ili potrebom za skrbi manje je izravna. Svjetska zdravstvena organizacija u zdravstvenim procjenama ističe kako je udio starijih osoba slab pretkazatelj sveukupnoga opterećenja populacije onesposobljenjem (WHO 2015, 95).

2.3 Zdravstveni lokus kontrole i zdravstveno ponašanje

Održavanje optimalnoga zdravlja ovisi o brojnim čimbenicima, među kojima životne navike imaju značajno mjesto. Negativna zdravstvena ponašanja, poput pušenja, prekomjerne konzumacije alkohola, nedovoljne tjelesne aktivnosti i loše prehrane u najvećoj mjeri doprinose razvoju nezaraznih bolesti (Znika idr. 2019, 336–346; Thomas idr. 2020).

Zdravstveno promovirajući stil života multidimenzionalni je model življenja, percepcije i intrizične motivacije pojedinca da poboljša i održi vlastito zdravlje. Takav stil života obuhvaća težnju optimalnoj dobrobiti i optimalnom osobnom razvoju kroz šest dimenzija: zdravstvena odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast i razvoj, međuljudski odnosi te upravljanje stresom (Tol idr. 2013; Jorfi idr. 2015). Može se definirati kao angažman osobe u oblicima ponašanja koja osobi donose dobrobit promičući zdravlje. Takav stil života podrazumijeva čimbenike koji utječu na izbor pojedinca vezano uz njegovo zdravlje. Ti čimbenici uključuju znanje, vrijeme, mogućnost pristupa resursima i motivaciju. Zdravstveno promovirajući stil života predstavlja važnu odrednicu zdravstvenoga stanja pojedinca i značajan je element u održavanju i poboljšanju zdravlja (Holden idr. 2021, 2330–2341). Zdravstveno promovirajući stil života kao holistički pristup zdravlju uključuje duh, um, tijelo i emocije te time omogućuje osobama da se sagledaju u cjelini (Kurnat-Toma idr. 2017, 77–81). Intrizična motivacija ima utjecaj na takav način života te dovodi do djelovanja u skladu s unutarnjim ciljevima čime osobe dovodi do blagostanja (Gaitan-Sierra i Dempster 2016, 515–532). Životni se stil formira od najranije dobi u obiteljskom okruženju. Obiteljska navika zdravoga načina života, putem aktivnosti koje potiču zdravlje, potiče usvajanje i razvoj zdravoga načina života u obiteljskim uvjetima. Sama motivacija zauzima značajno mjesto u stvaranju i očuvanju zdravlja (Bryndin i Bryndina 2017. 63–68). Zdrave intervencije koje utječu na način života se smatraju isplativim i klinički korisnim alatom, korisnim u borbi s rastućim teretom bolesti povezanih s nezdravim načinom života (Akanni idr. 2017; Womersley i Ripullone 2017). Zdrav životni stil, povezan s tjelesnom aktivnošću, prehranom, načinom nošenja sa stresom i duhovnom dimenzijom doprinosi zdravlju i većoj kvaliteti života Hanawi idr. 2020).

Percipirani izvor kontrole mogao bi bitno utjecati na zdravstveno ponašanje osoba i poduzimanje preventivnih i terapijskih mjera. Tu ne govorimo o općem percipiranom izvoru kontrole, već o specifičnom, tj. percipiranom izvoru kontrole zdravlja. Istraživanja unutar zdravstvene psihologije ukazuju kako se bolesnici u velikom broju ne pridržavaju liječničkih

uputa i preporuka te da većina zdravih ljudi ne poduzima nikakve preventivne akcije s ciljem održanja i unaprjeđenja zdravlja (Krizmanić i Szabo 1994; Ilić 2013; Međimurec 2013; Karlović 2016; Znika 2020, 84–105; Thomas 2020).

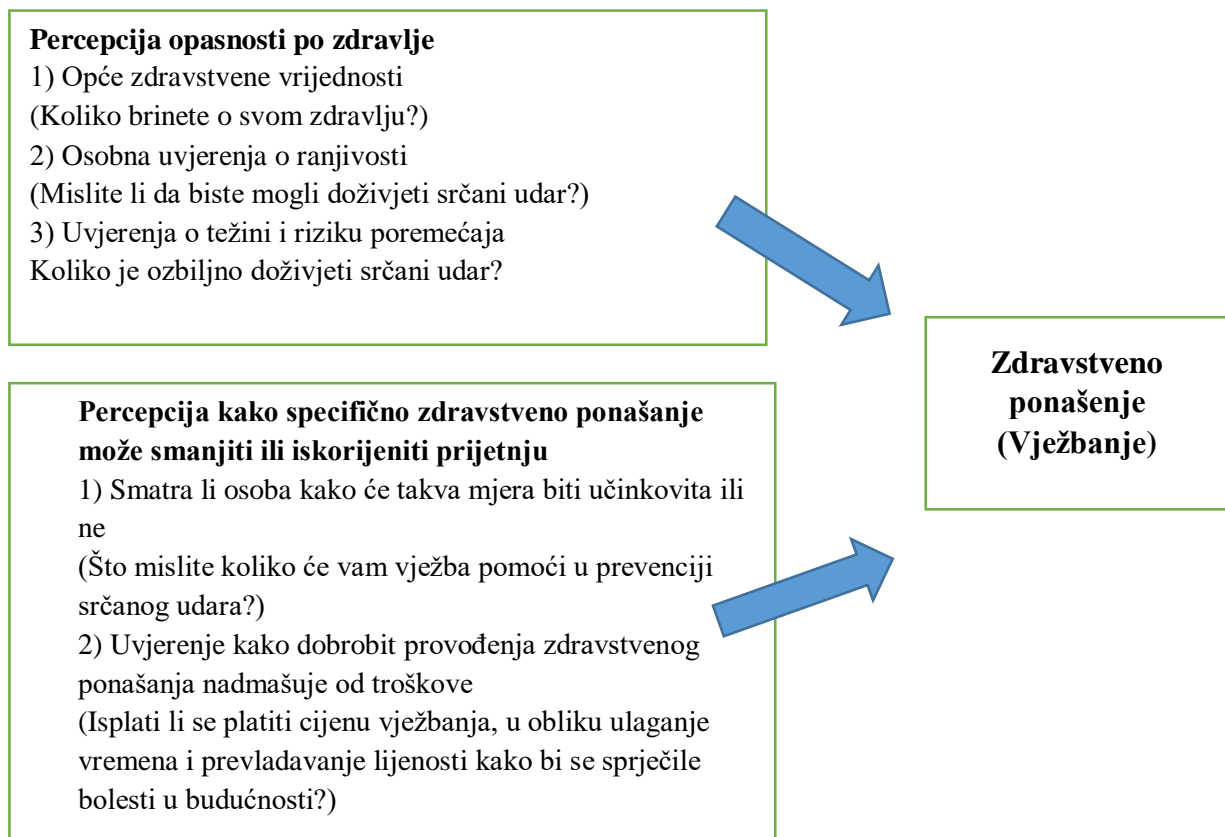
Također, usprkos brojnim spoznajama vezanim uz prednosti sudjelovanja u programima vježbanja još uvijek ostaje donekle nerazjašnjeno što je to što potiče neku osobu u aktivnostima koje su dobre za njegovo zdravlje ili u suprotnom što osobu navodi da sudjeluje u aktivnostima koje ugrožavaju njezino zdravlje. Zdravstvena vjerovanja osobe sve se više koriste u pokušajima razumijevanja povezanosti između raznih životnih iskustava, ponašanja i zdravlja pojedinca (Costello idr. 2011, 138–147; Ilić 2013; Međimurec 2013).

Rotter uvodi koncept lokusa kontrole kroz svoju teoriju socijalnog učenja. On definira dvije dimenzije, unutarnji i vanjski lokus kontrole. Osobe unutarnjega lokusa kontrole vjeruju da je ishod neke situacije pod njihovim utjecajem dok s druge strane osobe izraženijega vanjskog lokusa kontrole vjeruju da je ishod pod utjecajem vanjskih faktora (Rotter 1990, 489; Hummer idr. 2011, 104–110; Karlović 2016, 10–11).). Neka dosadašnja istraživanja ukazuju kako lokus kontrole može utjecati na različite zdravstvene ishode te kako je internalni lokus kontrole uglavnom povezan s pozitivnim, a eksternalni s negativnim zdravstvenim ishodima. Međutim, nailazimo i na istraživanja u kojima rezultati pokazuju kako lokus kontrole nije povezan s objektivnim indikatorima zdravstvenih ishoda (Kardum idr. 2016, 271–292). Viša razina brige za zdravlje i bolje praćenje preporuka vezanih uz zdravstvena ponašanja povezuje se s osobama s jačim unutarnjim izvorom kontrole pa se niža razina brige za zdravlje povezuje s osobama s vanjskim lokusom kontrole (Vladetić 2016, 31). Osobe s unutarnjom orijentacijom izvora kontrole imaju veće povjerenje u svoje sposobnosti rješavanja problema nego osobe s vanjskom orijentacijom izvora kontrole, kod kojih se ujedno nalazi i niže samopoštovanje, viša razina anksioznosti i depresivnosti (Vladetić 2016, 23–25). Poznavanjem sustava vjerovanja pojedinca ima svoj teorijski i praktični značaj. Poznavanje sustava vjerovanja pojedinca ima svoj teorijski i praktični značaj. Poznavanje čimbenika koji utječu na zdravstveno ili nezdravstveno ponašanje pojedinaca važno je kako bi se odgovarajućim postupcima moglo djelovati na ublažavanje negativnih čimbenika i na promicanje i poticanje pozitivnoga zdravstvenog ponašanja (Krizmanić i Szabo 1994).

Osim zdravstvenog lokusa kontrole na zdravstveno promotivno ponašanje utječu i drugi faktori, poput zdravstvene pismenosti (Gaitan-Sierra i Dempster 2016, 515–532). Svjetska zdravstvena organizacija definira pojam zdravstvene pismenosti: „Zdravstvena pismenost je sposobnost pojedinca da dobije pristup, razumije i koristi informacije koje promoviraju i

dovode do boljeg zdravlja“ (WHO 2012). Visoka zdravstvena pismenost, dobar zdravstveni status bez kroničnih bolesti, samostalnost u obavljanju aktivnosti svakodnevnoga života i izostanak faktora rizika pozitivno utječu na zadovoljstvo života starijih osoba (Kaučić idr. 2019, 535–543). Svjetska zdravstvena organizacija u svom dokumentu „Zdravstveno obrazovanje: teorijski koncepti, obrazovanje, učinkovite strategije i temeljne kompetencije” sažima najučinkovitije modele i teorije promicanja zdravlja i obrazovanja koji su bili učinkoviti u praksi i u promicanju zdravstvenoga ponašanja omogućujući ljudima povećanje kontrole i poboljšanje vlastitoga zdravlja. Ti modeli i teorije uključuju racionalni model, model proširenoga paralelnog procesa, transteorijski model promjene, teoriju planiranoga ponašanja, model aktiviranoga zdravstvenog obrazovanja, socijalnu kognitivnu teoriju, teoriju komunikacije, teoriju širenja inovacija i model uvjerenja o zdravlju (WHO 2012). Na temelju tih modela pokazalo se da model zdravstvenih uvjerenja (HBM – Health Belief Model) objašnjava promjene u zdravstvenom ponašanju ljudi, uključujući tjelovježbu (Grafikon 7) (Esparza-Del Villar idr., 2017).

Grafikon 7: Model zdravstvenih uvjerenja primijenjen na vježbanje



Izvor: Esparza-Del Villar idr. 2017

2.4 Program Gerontoloških centara Grada Zagreba

Pojam gerontološkog centra u priručniku „Gerontološki centri 2004: zagrebački model uspješne prakse za starije ljude“ iz 2004. definira se kao: „*Izvaninstitucijska skrb za starije / multifunkcijski centar neposredne i integralne multidisciplinarnе skrbi u lokalnoj zajednici, gdje starija osoba ima aktivnu ulogu u svom prebivalištu. Osnovni je cilj zadržati starijeg čovjeka što je duže moguće u njegovu prebivalištu. Gerontološki centri i dnevni boravci za starije mogu lokacijski biti povezani s domovima za starije osobe, ali i ne moraju.*“ (Tomek-Roksandić idr. 2004). U Gradu Zagrebu gerontološki centri djeluju na devet lokacija pri domovima za starije osobe: Centar, Dubrava, Maksimir, Medveščak, Peščenica, Sveta Ana, Trnje, Trešnjevka, Sveti Josip (Projekt Gerontološki centri Grada Zagreba) Gerontološki centri predstavljaju model izvrsnosti rada sa starijima te osiguravaju očuvanje funkcionalne sposobnosti starijih i sprječavaju i odgađaju institucijsku skrb za starije.

Programi i aktivnosti Projekta Gerontološki centri Grada Zagreba namijenjeni su prvenstveno starijim sugrađanima koji nisu uključeni u sustav institucijskog zbrinjavanja. Projekt omogućava besplatno korištenje niza socijalnih usluga, a cilj je tih usluga veća uključenost i poboljšanje sadržaja života osoba starije životne dobi. Provode se aktivnosti: pomoć u zadovoljavanju egzistencijalnih potreba – pomoć u kući, posudionica ortopedskih pomagala, savjetovališni rad i zdravstvena preventiva, organizacija tribina i predavanja, sportsko-rekreativne, kulturno-zabavne i radno-kreativne aktivnosti, informativna djelatnost, plesne i informatičke radionice i dr. (Gerontološki centri grada Zagreba 2017).

Aktivnostima je pokriveno svih 17 gradskih četvrti, a provode se na 50-ak lokacija. Godišnje se u program uključuje 7 000 korisnika za koje se brinu stručni timovi (socijalni radnici, fizioterapeuti, radni terapeuti, medicinske sestre i njegovatelji, a po potrebi se uključuju i kineziterapeuti, liječnici specijalisti – neurolozi, fizijatari, psihijatri i pravnici). Idejni su tvorci Projekta Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje (današnji Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom) i Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (Gerontološki centri grada Zagreba 2017).

Na službenim stranicama Grada Zagreba nalaze se informativni i edukativni materijali vezani uz poboljšanje kvalitete života starijih osoba, a između ostalih dokumenata na stranicama je dostupna i „*Zagrebačka strategija za unapređenje kvalitete života osoba starije životne dobi za razdoblje od 2020. do 2024*“ (Grad Zagreb 2020). U Zagrebačkoj strategiji za unapređenje kvalitete života osoba starije životne dobi za razdoblje od 2020. do 2024. kao cilj Gerontoloških centara Grada Zagreba navodi se osiguravanje socijalne usluge

osobama starije životne dobi u širem smislu i omogućavanje kvalitetnog provođenja slobodnoga vremena različitim besplatnim sadržajima na području lokalne zajednice te unapređenje zdravlja i funkcionalnih sposobnosti starijih sugrađana. Također se za cilj navodi omogućavanje osobama starije životne dobi što duži ostanak u krugu obitelji, susjedstvu i poznatoj okolini osiguravanjem dodatnih aktivnosti u skrbi za starije osobe što uvelike poboljšava kvalitetu njihova života. U strategiji se također navodi kako je Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom u suradnji s tvrtkom Selectio d.o.o. proveo 2019. godine evaluaciju Gerontoloških centara Grada Zagreba. Evaluacija je ukazala kako je dobrobit usluga za korisnike višestruka te kako korisnici izjavljuju o snažnom utjecaju sudjelovanja u aktivnostima na poboljšanje zdravlja, zadovoljstva životom i društvenoga života, što se podudara nalazima evaluacije Grada Zagreba iz 2007. godine (Grad Zagreb 2020).

Prema dobno-spolnoj raspodjeli korisnika starijih od 65 g. u Gerontološkom centru Sveta Ana (N=1030) u ukupnom broju i po dobnim skupinama žene su zastupljene u većem udjelu u odnosu na muškarce. U dobnoj skupini 65 – 69 godina nalazimo 27,38 % žena i 8,25 % muškaraca. U dobnoj skupini 70 – 74 godine nalazimo 23,69 % žena i 11,07 % muškaraca, udio žena u dobnoj skupini 75 – 79 godina iznosi 14,08 % dok udio muškaraca iznosi 7,77 %, a u dobnoj skupini 80 – 84 godine nalazimo 5,44 % žena i 1,46 % muškaraca. Najmanji je udio korisnika u dobnoj skupini 85 i više godina; prema dobno-spolnoj raspodjeli u toj skupini nalazimo 0,58 % žena i 0,19 % muškaraca (Tomek-Roksandić i dr., 2016, 660–678). Gerontološko javnozdravstvenom analizom negativnih zdravstvenih ponašanja kod korisnika u Gerontološkom centru Sveta Ana, čak kod 70,59 % korisnika, utvrđena je nedovoljna fizička aktivnost (Tomek-Roksandić idr. 2016, 660–678). Gerontološko javnozdravstvenom analizom negativnih zdravstvenih ponašanja kod korisnika u Gerontološkom centru Sveta Ana čak kod 70,59 % korisnika utvrđena je nedovoljna fizička aktivnost (Tomek-Roksandić idr. 2016, 660–678).

Programi vježbanja samoga Gerontološkog centra Sveta Ana odvijaju se pod stručnim nadzorom fizioterapeuta u šest skupina vježbača i na četirima različitim lokacijama. Na lokaciji Doma za starije osobe Sveta Ana u dvorani se odvija program vježbanja za grupe: Sopot, Travno I, Travno II, Utrine i plesna škola, grupa Zapruđe vježba u prostorijama Mjesnog odbora Zapruđe, grupa Slobošćina u prostorijama Mjesnog odbora Slobošćina te grupa Siget vježba u prostorijama Mjesnog odbora Siget. Rasprostranjenost lokacija čini program pristupačnim većem broju umirovljenika Novoga Zagreba (Gerontološki centar Sveta Ana). Sportsko-rekreativne aktivnosti u Gerontološkom centru Sveta Ana u Novom

Zagrebu provode se pod stručnim vodstvom fizioterapeuta. Grupe su organizirane na pet lokacija u gradskim naseljima (Tabela 2) (Dom za starije osobe Sveta Ana 2017.). Starije osobe koje sudjeluju u sportsko-rekreativnim aktivnostima Gerontološkog centra Sveta Ana u Novom Zagrebu, zbog relativne mladosti gradske četvrti, u najvećem broju nisu rođene u Novom Zagrebu, već su doselile u nekom razdoblju svoga života. Novi Zagreb je većinom moderno i visoko urbanizirano naselje u kojem dominiraju velike stambene zgrade i neboderi. Povezano je s puno autobusnih, tramvajskih i željezničkih linija s ostatkom grada (ZG portal 2017).

Tabela 2: Raspored usluga i aktivnosti Gerontološkog centra Sveta Ana

DOM ZA STARIJE OSOBE SVETA ANA ZAGREB
GERONTOLOŠKI CENTAR
 Adresa: Islandska 2, Sopot Kontakt: 66 70 792; izvaninstitucija@sv-ana.hr

NAZIV USLUGE	MJESTO ODRŽAVANJA	DAN ODRŽAVANJA	SAT ODRŽAVANJA
1. POMOĆ U KUĆI	U stanu korisnika	Ponedjeljak - Petak	07:00 - 16:00
2. POSUDIONICA ORTOPEDSKIH POMAGALA	Dom za starije osobe SV. ANA	Ponedjeljak - Petak	07:00 - 15:30
3. SAVJETOVALIŠTE NEUROPSIHIJATRA	Dom za starije osobe SV. ANA	Srijeda (1. i zadnja u mjesecu)	17:00 - 18:00
NAZIV AKTIVNOSTI	MJESTO ODRŽAVANJA	DAN ODRŽAVANJA	SAT ODRŽAVANJA
4. KLUB UMIROVLJENIKA NOVI ZAGREB	Dom za starije osobe SV. ANA	Ponedjeljak	14:00 - 16:00
5. REKREATIVNE VJEŽBE			
Grupa Sopot	Dom za starije osobe SV. ANA	Ponedjeljak Četvrtak	08:30 - 09:15 09:15 - 10:00
Grupa Travno I	Dom za starije osobe SV. ANA	Utorak Petak	08:30 - 09:15 09:30 - 10:15
Grupa Travno II	Dom za starije osobe SV. ANA	Srijeda Petak	08:30 - 09:15 08:30 - 09:15
Grupa Utrine	Dom za starije osobe SV. ANA	Ponedjeljak Srijeda	09:30 - 10:15 09:30 - 10:15
Grupa Zapruđe	Mjesni odbor ZAPRUĐE Meštovićevo trg bb	Utorak Četvrtak	14:00 - 14:45 08:00 - 08:45
Grupa Soboština	Mjesni odbor SLOBOŠTINA Vladimira Varičaka 11	Ponedjeljak	12:00 - 12:45
Grupa Siget	Mjesni odbor SIGET Aleja pomoraca 17-19	Utorak	10:15 - 11:00
6. ZBOR	Dom za starije osobe SV. ANA	Četvrtak	17:00 - 19:00
7. PLESNA ŠKOLA	Dom za starije osobe SV. ANA	Ponedjeljak Četvrtak	10:30 - 11:30 15:00 - 16:00
8. PLESNA ZABAVA	Dom za starije osobe SV. ANA	Subota (2., 4. i 5. u mjesecu)	17:00 – 21:00
9. KREATIVNE RADIONICE/ RUČNI RAD	Dom za starije osobe SV. ANA	Srijeda Petak	12:00 - 14:00 12:00 - 14:00
10. KERAMIČKA RADIONICA	Dom za starije osobe SV. ANA	Ponedjeljak-petak	09:00 - 12:00
11. BOČANJE	Dom za starije osobe SV. ANA	Prema dogovoru	

Izvor: Gerontološki centar Sveta Ana 2019.

2.5 Teorijske osnove

2.5.1 Socijalno kognitivna teorija

Socijalno-kognitivna teorija Alberta Bandurina javlja se 1986. godine. Jedna je od najčešće korištenih teorija u svrhu razumijevanja odnosa između ponašanja vezanoga uz ponašanje starijih osoba i vježbanje (McAuley idr. 2009, 543–560). Teorija naglašava interakciju kognitivnih, osobnih i okolišnih faktora u određivanju motivacije i ponašanja (Bandura 1998 623–649; Schunk i DiBenedetto 2020). Prema Banduri ljudsko funkcioniranje je rezultat interakcije između svih triju faktora koji se međusobno isprepliću u njegovom „trostrukom recipročnom modelu“ (Redmond 2016).

Središnja je premisa Bandurine teorije da pojedinci teže osjećaju djelovanja ili uvjerenju da mogu izvršiti veliki stupanj utjecaja na važne događaje u svojim životima. Pojedinci prakticiraju taj osjećaj slobode koristeći svoje kognitivne i samoregulacijske sposobnosti, primjerice postavljanjem ciljeva i provedbom strategija za njihovo postizanje. Prate njihov napredak prema svojim ciljevima i prilagođavaju svoje strategije onako kako smatraju da je potrebno. Nadalje, središnje mjesto u ovoj perspektivi zauzima samoučinkovitost pojedinca ili njihova percipirana sposobnost učenja i izvođenja radnji na određenim razinama. Samoučinkovitost koja proizlazi iz samorefleksije, koja je i evaluacijska i ciljno usmjerena, ključni je unutarnji motivacijski proces u socijalnoj kognitivnoj teoriji (Bandura 1998 623–649; Schunk i DiBenedetto 2020).

2.5.2 Teorija aktivnosti

Teorija aktivnosti Havighursta i Albrecha predstavlja ideju kako se starije osobe uključivanjem u aktivnosti mogu pozitivno prilagoditi starenju (Nilsson idr. 2015, 494). Teorija aktivnosti navodi kako starenje nije neizbježan proces, već smatra da su starije osobe u stanju uspješno starjeti usprkos okolišnim i životnim okolnostima (Reynolds idr. 2015 531–551). Teorija također implicira želju pojedinca za uspješnim starenjem, aktivnošću i uključenošću u život (Fesko idr. 2012, 497–508). Prema Oerlemansu i sur starije su osobe sretnije i zadovoljnije u životu kad sudjeluju u više tjelesnih, kognitivnih i društvenih aktivnosti (Oerlemans idr. 2011, 655–674).

2.5.3 Inovacijska teorija

Inovacijsku teoriju razvijaju Nimrod i Kliber. Teorija sugerira kako inovativnost ima pozitivan učinak na sveukupnu dobrobit starijih osoba, pružajući starijim osobama mogućnost obnove, osvježenja, osobnog rasta i samootkrivanja (Hutchinson i Nimrod 2012, 41–65). U suštini teorija dodaje postulat kako su nove slobodne aktivnosti korisne za cjelokupno zdravlje i dobrobit starijih osoba (Ahn i Janke 2011, 653–673). Inovacija u starijoj dobi također predstavlja vrijedan alat u nošenju s adaptacijom i promjenama koje su često potrebne u prisutne u starijoj dobi (Reynolds idr. 2015, 531–551).

Neki smatraju da samoefikasnost i samozadovoljstvo predstavljaju najveći doprinos inovaciji u starijoj dobi (Hutchinson i Nimrod 2012). Ti su koncepti povezani s uspješnim starenjem (McAuley idr. 2009, 543–560). Govoreći o starijim osobama, trebamo imati na umu i grupaciju umirovljenih *baby boomersa* (rođeni između 1940–1964) koji očekuju da će im starija dob biti vrijeme samootkrivanja i otkrića (Hudson 2010, 3–17).

2.5.4 Teorija samoefikasnosti

Teorija samoefikasnosti definira se kao vjerovanje da smo sposobni odabrati, organizirati i izvršiti određene postupke koji će dovesti do za nas željenih ishoda. Prema toj teoriji od stvarnih kompetencija osoba važnije je njezino vjerovanje o vlastitoj kompetentnosti, tj. samoprocjena osobe koliko je spremna i sposobna iskoristiti svoje potencijale i sposobnosti u nekoj situaciji (Huges idr. 2011, 278–289). Vjerovanje o vlastitoj kompetentnosti utjecati će tijekom života na ponašanje kroz izbor aktivnosti, količinu uloženog napora u tu aktivnost i ustrajnost i onda kad se osoba suoči sa preprekama ili neuspjehom (Lee idr. 2008, 1690–1699; Barić 2012, 47–59). Po socijalno-kognitivnoj teoriji samoefikasnost se razvija iz četiriju izvora informacija: iskustvo uspjeha i vještina, indirektno iskustvo, verbalno uvjeravanje (persuazija) i psihološko i afektivno stanje. Iskustvo uspjeha i vještina najutjecajnija je odrednica vjerovanja o vlastitoj efikasnosti, a ona se razvija posredstvom postignuća (Booth idr. 2000, 15–22; Barić 2012, 47–59; Redmond 2016).

Iskustvo uspjeha odnosi se na uspješno izvođenje zadataka u prošlosti, npr. uspješno pohađanje programa vježbanja u prošlosti. Iskustvo uspjeha predstavlja najjači utjecaj na opći osjećaj samoefikasnosti, dok prijašnji neuspjesi najvjerojatnije umanjuju osjećaj samoefikasnosti. Indirektno iskustvo javlja se kad promatramo prijatelja, supružnika ili nekog člana obitelji kako savladavaju određeni zadatak.

Ovaj izvor samoefikasnosti osobito je utjecajan kad uzor ima slične karakteristike, vještine i sposobnosti kao pojedinac. Na primjer starijim će osobama jači utjecaj na samoefikasnost imati osoba bliža po godinama i njima slične razine tjelesne kondicije od mlade utrenirane osobe. Verbalno uvjeravanje (persuazija) podrazumijeva riječi podrške od druge osobe prije, tijekom, za vrijeme i nakon pokušaja usvajanja novog oblika ponašanja. Kad se osobi pruže riječi podrške, one mogu uvjeriti osobu da može uspjeti. Ukoliko te riječi podrške pruža stručna osoba, onda one mogu imati veći utjecaj na samoefikasnost. I za kraj, psihološko i emocionalno stanje mogu utjecati na samoefikasnost. Općenito više pozitivnih emocija povezano je s višom samoefikasnošću dok se više negativnih emocija povezuje s niskom samoefikasnošću (Ransom 2011, 18).

2.5.5 Teorija lokusa kontrole

Koncept izvora kontrole je nastao u kontekstu Rotterove teorije socijalnog učenja (Rotter 1975, 56–67; Schultz i Schultz 2017, 372–377). Izvor (lokus) kontrole opisuje sklonost osobe doživljavanju događaja u svom životu kao posljedicu vlastitih postupaka ili kao posljedicu vanjskih čimbenika, izvan kontrole te osobe. Odnosno, govori o stupnju u kojem osoba vjeruje kako ima kontrolu nad vlastitim životom (Rotter 1975, 56–67).

Pripisivanje uzroka unutarnjim čimbenicima, vlastitim naporima i postupcima, te preuzimanje odgovornosti za ishode, predstavlja unutarnji (internalni) izvor kontrole (Caliendo idr. 2015, 88–103). Nasuprot tomu, vjerovanje da su ishodi događaja, vlastiti uspjesi i neuspjesi pod utjecajem vanjskih čimbenika koje nije moguće kontrolirati obilježava vanjski (eksternalni) izvor kontrole (Rotter 1975, 56–67; Rotter 1990, 489).

Kroz socijalno učenje osobe razvijaju očekivanja od posljedica vlastitoga ponašanja i formiraju percepciju uzroka događaja; jednom usvojen izvor kontrole događaja stabilan je, vremenski i situacijski nepromjenjiv (Rotter 1990, 489; Grotz idr 2011, 129–140; Hummer idr. 2011, 104–110). Kasnija istraživanja su ipak pokazala moguću promjenjivost lokusa kontrole (Vladetić 2016, 23–25).

3 OCJENA DOSADAŠNJIH ISTRAŽIVANJA

Usvajanje novih zdravih navika kod osoba koje se prije nisu bavile nekim od tjelesnih aktivnosti je dugotrajan proces, te uključuje individualno prilagođene i usvojene programe koji imaju za namjeru promjene ponašanja i loših zdravstvenih navika. Takve programe karakterizira višedimenzionalni intervencijski pristup, te imaju za cilj uključivanje tjelesne aktivnosti u svakodnevnu rutinu starije osobe. Korist tjelesne aktivnosti za zdravlje ne smanjuje se sa starošću. Jednako je značajna za starije osobe u unapređenju kvalitete života i u prevenciji bolesti i ozljeda koje su povezane sa starošću (Chodzko-Zajko idr. 2008, 9–12).

Vagetti i suradnici su zaključili kako je tjelesna aktivnost dosljedno pozitivno povezana s nekim domenama kvalitete života kod starijih osoba. Ta spoznaja ide u prilog mišljenju kako tjelesna aktivnost kod starijih osoba može imati dalekosežniji utjecaj na zdravlje starijih osoba od utjecaja na samo tjelesno zdravlje. Tjelesna aktivnost se pokazala povezanom sa sljedećim domenama kvalitete života: funkcionalni kapacitet; opća kvaliteta života; autonomija; prošle, sadašnje i buduće aktivnosti; smrt i umiranje; intimnost; mentalno zdravlje; vitalnost i psihološkim (Vagetti idr. 2014, 76–88).

Vježbanje i tjelesna aktivnost kod starijih osoba povezane su sa sveukupnim poboljšanjem zdravstvenog stanja, funkcijskog kapaciteta, kvalitete života i neovisnosti (Brach idr. 2008, 305–310). Redovitim vježbanjem se može pozitivno utjecati na brojna medicinska stanja koja se često kod starijih osoba pojavljuju, te se time utječe na povećanje funkcionalnog kapaciteta, čime se djeluje na kvalitetu zdravstvenog statusa kroz primarnu i sekundarnu prevenciju faktora rizika srčanih oboljenja (McKinney idr. 2016, 131–137; Lin idr. 2010, 736–750; Klieman idr. 2007, 335–339). Tjelesna aktivnost pozitivno utječe na zdravstveni status osoba oboljelih od dijabetesa tipa 2 (Kirk idr. 2004, 289–296; West idr. 2010, 405–416).

Trachte i suradnici su proveli istraživanje na temu „*Utjecaj tjelesne aktivnosti na samoprocjenu zdravlja starijih osoba: razlikuju li se učinci ovisno o socioekonomskom statusu*“. Autore je zanimao utjecaj interakcije između socioekonomskog statusa i tjelesne aktivnosti na samoprocjenu zdravlja. Istraživanje je uključivalo podatke iz German Socioeconomic Panel study (GSOEP) u periodu od 2007–2008 godine. Istraživanje su proveli educirani ispitivači u živo putem standardiziranih upitnika. Istraživanje je uključilo 1104 žena i 993 muškaraca u dobi od 65 – 84 godine, prosječne dobi 72,4 za žene i 71,8 za muškarce. Korišteni su upitnici za samoprocjenu zdravlja, stupanj edukacije, visinu prihoda

i razinu tjelesne aktivnosti. Rezultati su pokazali pozitivnu povezanost visokog obrazovanja kod žena i visokih prihoda kod muškaraca s dobrom procjenom zdravlja. Tjelesno aktivne starije osobe s nižim socioekonomskim statusom su imale veće šanse za bolje zdravlje od neaktivnih starijih osoba s višim socioekonomskim statusom. Dobiveni rezultati govore u prilog mogućem pozitivnom učinku tjelesne aktivnosti na umanjeње negativnih utjecaja lošijeg socioekonomskog statusa na zdravlje starijih osoba (Trachte idr. 2016).

Sherrington i suradnici su u svom preglednom radu 2019 godine su istražili utjecaju vježbi na prevenciju padova kod starijih osoba koje žive izvan institucija. Istraživanje je obuhvatilo 108 randomiziranih kontrolnih studija koje su uključivale 23 407 ispitanika, prosječne dobi 76 godina, od kojih je 77% bilo žena te su provedena u 20 zemalja. 81 istraživanje je uspoređivalo vježbanje (sve oblike) sa kontrolnom skupinom koja nije bila educirana u prevenciji padova. Došli su do rezultata kako redovito vježbanje smanjuje broj padova tijekom vremena za otprilike jednu četvrtinu (smanjenje od 23%). Vježbanje smanjuje broj ljudi koji dožive jedan ili više padova za oko jednu šestinu (15%). Učinci vježbanja na padove su slični bez obzira na to da li u ispitivanjima sudjeluju osobe koje su imaju povećani rizik od pada ili ne. Programi vježbanja koji uključuju ravnotežu i funkcionalni trening pozitivno utječu na smanjenje učestalosti padova. Programi koji uključuju više oblika vježbi (vježbe ravnoteže i funkcionalne vježbe plus vježbe otpora i Tai Chi) vjerojatno smanjuju padove. Vježbanje može smanjiti broj osoba koje će doživjeti prijelome za više od jedne četvrtine (27%). Vježbanje također može smanjiti rizik od pada koji će zahtijevati liječničku pomoć (Sherrington 2019).

Jureša i suradnici su 2000 godine proveli istraživanje s ciljem procjene kvalitete života hrvatskog stanovništva. U istraživanju su koristili SF-6 upitnik, kako bi ispitali dimenzije fizičkog, psihološkog i socijalnog funkcioniranja, te ispunjavanje vlastitih uloga u zajednici, te percepciju zdravlja ispitanika. Uzorak se sastojao od 5048 ispitanika starijih od 18 godina, 1983 muškarca i 3065 žena, što je predstavljalo približno 1% opće populacije Hrvatske. Dobiveni podatci u ovom istraživanju uspoređeni su s podacima iz drugih europskih zemalja: Danske, Francuske, Njemačke, Italije, Nizozemske, Norveške, Španjolske i Velike Britanije. Usporedbom srednjih vrijednosti stavki dobivenih hrvatskim istraživanjem općenito su niže nego u osam europskih zemalja. Slično drugim zemljama, stavka intenzivne aktivnosti, unutar ljestvice fizičkog funkcioniranja je imala najnižu srednju vrijednost, a stavka kupanje i odijevanje imala najvišu srednju vrijednost. Hrvatski uzorak posebno se razlikovao u tri čestice: moje zdravlje je izvrsno, osjećam se mirno i spokojno i bio sam sretna osoba, koje su imale niže prosjeke unutar svojih ljestvica nego u drugim zemljama.

Dobiveni rezultati ukazuju kako su zdravlje i kvaliteta života vezana uz zdravlje ispitanici s SF-36 upitnikom slični rezultatima u 8 drugih europskih zemalja, ali s tim kako je opća kvaliteta života u Hrvatskoj niža (Jureša idr. 2020, 69–78).

Također istražujući kvalitetu života u Hrvatskoj, Vulerić i Mujkić provode istraživanje na uzorku od 315 ispitanika s područja gradova Zagreba, Splita i Šibenika. Instrument koji su koristili je bio „Upitnik za evaluaciju kvalitete života, izravni postupak određivanja važnosti područja kvalitete života“ (Schedule for the evaluation of quality of life –SEIQoL; a direct weighting procedure for Quality of life domains). U upitniku je navedeno sveukupno 61 područje kvalitete života, a u dobivenim rezultatima se ističe 6 područja s velikom učestalošću navođenja: zdravlje (N=229), zatim dolazi obitelj (N=215), financije i materijalno stanje (N=168), posao (N=167), ljubav (N=157) i prijateljstvo (N=105). Autori su dalje su svrhu istraživanja podijelili ispitanike u tri dobne skupine 18–29 godina (N=167), 30–59 godina (N=112) i 60 godina i više (N=36). Dobiveni rezultati pokazuju kako su tri najvažnija područja:

za skupinu 18–29 godina: zdravlje, obitelj, ljubav/religija

za skupinu 30–59 godina: obitelj, zdravlje, ljubav/duhovni život/religija

za skupinu 60 < godina: zdravlje, obitelj, prijateljstvo

Provedeno istraživanje je pokazalo kako muški ispitanici procjenjuju svoju kvalitetu života nešto višom od ženskih ispitanica, ali ta razlika nije bila statistički značajna. Na temelju dobivenih rezultata autori donose zaključak kako „*pojam osobne kvalitete života predstavlja složenu konstrukciju diskretnih područja pri čemu se izdvaja osam općih – univerzalnih područja. Univerzalna područja praćena su kombinacijom drugih područja, specifičnih i jedinstvenih za određenog pojedinca i u tome dolazi do izražaja sva subjektivnost i jedinstvenost osobne kvalitete života pojedinca*“ (Vuletić i Mujkić 2002, 64–70).

Pavlovići suradnici su 2009. godine proveli u Hrvatskoj istraživanje na temu „Percepcija zdravlja u pokretnih starijih osoba (segment studije o kroničnim bolestima u Hrvatskoj)“. Istraživanje je obuhvatilo 396 starijih osoba, sudionika longitudinalne studije, uzorak je odabran kao reprezentativan uzorak iz popisa birača 1967. godine: Kontinentalna regija – Zagreb, Virovitica s okolnim mjestima i otok Vis – grad Vis i Komiža s okolnim mjestima. Za mjerenje percepcije zdravlja korišten je SF-36 upitnik. Neposredni cilj istraživanja je bio istražiti povezanost nekih od socioekonomskih čimbenika s percepcijom zdravlja uz pomoć SF-36 upitnika, te usporediti rezultate dviju dobnih kohorti sudionika (70–75g.) i (76g.). Rezultati su pokazali nižu razinu percepcije zdravlja kod starije dobne skupine (76 – 91god.) u dimenziji fizičkog funkcioniranja i fizičkih ograničenja). Nadalje, žene imaju nižu

samoprocjenu dimenzije zdravstvenoga statusa tjelesne boli. Urbani sudionici imaju višu percepciju komponenti općega zdravlja, mentalnoga zdravlja, vitalnosti, fizičkih ograničenja i tjelesne boli. Slabije obrazovani sudionici lošije doživljavaju zdravlje. Obrazovanje je, prema svim dimenzijama zdravlja, statistički značajniji čimbenik u usporedbi s arbitrarnom granicom siromaštva (mjesečna mirovina $\pm 1500,00$ kn mjesečno). Statistički značajnim prediktori su: dob, obrazovanje i regija (pri čemu kontinentalna regija Hrvatske ima bolju percepciju ljestvice fizičkoga zdravlja). Socioekonomske karakteristike statistički ne objašnjavaju percepciju sumarne mjere psihičkoga zdravlja uz pomoć Upitnika zdravstvenog statusa SF-36 (Pavlović idr. 2010, 1079–1092).

Marinović Glavić i suradnici su proveli istraživanje samoprocjene zdravlja i funkcionalne sposobnost osoba treće životne dobi. U istraživanje je bilo uključeno 189 ispitanika (118 žena i 71 muškarac) u dobi od 75 godina ili više izvan institucijske skrbi i bez dijagnosticirane demencije. U istraživanju se koristio upitnik sastavljen od odabranih čestica validiranih upitnika European SHARE Questionnaire, TFI (Tilburg Frailty Indicator), MRQ-10 (Medication Risk Questionnaire-10), SF-12v2 (Short Form Survey Instrument-12v2) i SF-36 (Short Form Survey Instrument-36). Istraživanjem se ispitaio subjektivni osjećaj fizičkoga zdravlja kod ispitanika, te funkcionalna sposobnost i ograničenja prilikom obavljanja aktivnosti svakodnevnog života u odnosu na spol, bračni status i razinu obrazovanja. Uočena je povezanost nižeg stupnja obrazovanja s lošijom samoprocjenom zdravstvenoga stanja, te 70% osoba sa završenom osnovnom školom izjavljuje kako se ne osjeća fizički zdravo, naspram 35% osoba koje imaju srednjoškolsko i više obrazovanje. Također je utvrđena obrnuto proporcionalna povezanost razine obrazovanja i prisutnosti ograničenja uslijed zdravstvenoga stanja prilikom odrađivanja svakodnevnih aktivnosti. Utvrđeno je kako 118 od 189 uključenih ispitanika (62,43%) gotovo nikada ili nikada ne sudjeluje u aktivnostima koje zahtijevaju nisku ili srednju razinu snage, poput šetnje i vrtlarstva (Marinović Glavić idr. 2020, 285–291).

Schmälzle i suradnici su istražili povezanost načina odlaska u mirovinu i osjećaja subjektivnog blagostanja kod umirovljenika u Njemačkoj. Istraživanje je provedeno na temelju podatka iz Njemačkog socio-ekonomskog panela. Autori su kategorizirali osobe koje se povlače iz posla, kratkoročno ili dugotrajno nezaposlene, neaktivne na tržištu rada ili umirovljene zbog invaliditeta. Koristili su modele rezultata s dvostrukom promjenom usporediti putanje životnog zadovoljstva deset godina prije i deset godina nakon prijelaza u mirovinu. Dobiveni rezultati su pokazali da se za osobe koje su se povukle iz radnog odnosa, zadovoljstvo životom nije kratkoročno promijenilo, ali se dugoročno razvijalo pozitivnije.

Osobe koje su otišle u mirovinu zbog nezaposlenosti ili zbog invaliditeta doživjele su kratkoročno povećanje zadovoljstva životom, ali su imale negativnije dugoročne putanje zadovoljstva životom. Istraživanje nije pokazalo nikakve promjene vezane uz umirovljenje i zadovoljstvo životom kod osoba koje su se umirovile iz neaktivnosti. Kao zaključak autori navode da dobiveni rezultati sugeriraju kako su različiti putovi do umirovljenja povezani s različitim obrascima subjektivnog blagostanja, te kako isti u kasnijoj životnoj dobi naglašavaju značaj utjecaja radnog iskustva na kvalitetu života nakon umirovljenja (Schmälzle idr. 2019).

Santos i suradnici su 2017 godine proveli istraživanje s ciljem identifikacije sociodemografskog profila i usporedbe kvalitete života starijih osoba koje se bave tjelesnim vježbama u skupini sa starijim osobama sjedilačkog načina života. U presječno istraživanje su bile uključene dvije skupine starijih osoba. 1. grupa je uključivala starije osobe koje su uključene u programe vježbanja. Aktivnosti uključene u svakodnevni program vježbanja u trajanju od 60 min. vježbe kroz ples uključuju vježbe jačanja i aerobnog treninga. Grupa je pod stručnim vodstvom i ima 100 članova. 2. grupa je uključivala 50 starijih osoba sjedilačkog načina života, upisanih u primarnu zdravstvenu jedinicu općine Maranhão. Kao instrument korištena su dva strukturirana upitnika: prvi se bavio sociodemografskim podacima, sadržavao je pitanja vezana uz dob, spol, obrazovanje, bračni status, povijest bolesti, korištenje lijekova, a drugi je uključivao procjenu kvalitete života korištenjem Short Form Health Survey-36 (SF-36). Od 100 ispitanika 79% su bile žene, a samo 21% muškarci. U 1. grupi žene su činile 98%, od čega je 40% ispitanika bilo starije od 60 godina, 40% je bilo u braku, većina ispitanika je imala nizak stupanj naobrazbe, te je 78% ispitanika imalo 0 do 8 razreda škole, 68% je bilo u mirovini i 68% je imalo obiteljski prihod u razini 1 minimalne plaće. U 2. grupi 85% ispitanika su bile žene, 50% u braku, 92% ispitanika je imalo naobrazbu između 0 i 8 razreda škole, 69% ih je bilo u mirovini i 78% je imalo obiteljski prihod u razini 1 minimalne plaće. Glavni razlozi zašto ispitanici u 2. grupi nisu sudjelovali u tjelesnim aktivnostima su bili: ne vole vježbati (38%), fizička ograničenja (38%) i nemaju potrebu (12%). Rezultati također ukazuju kako većina starijih osoba koje se uključuju u vježbanje traže aktivnost kako bi poboljšale svoje zdravstveno stanje. Kvaliteta života, procijenjena pomoću SF-36, otkrila je da je, zbog ograničenja u fizičkim aspektima, 1. grupa imala viši rezultat (68) u usporedbi s 2. grupom (65), što pokazuje da tjelesna vježba poboljšava fizičke aspekte, ali razlika nije bila statistički značajna ($p=0,4908$). U domeni

boli 1. grupa je imala niži skor (41,72) od 2. grupe (44,42), ali razlika također nije bila statistički značajna (0,5090). S druge strane, u domeni općeg zdravlja zabilježena su značajna poboljšanja u usporedbi dviju skupina. Srednja vrijednost 1. grupe je iznosila 59,86, dok je 2. grupa imala srednju vrijednost od 53,54, ($p=0,038$). U ostalim domenama, poput vitalnosti, socijalnih aspekata, ograničenja zbog emocionalnih aspekata i mentalnog zdravlja, kada su rezultati analizirani, 2. grupa pokazala je bolje rezultate od 1. grupe, iako bez statistički značajne razlike između skupina. U domeni emocionalnih aspekata postoji aproksimacija između dvije skupine starijih osoba, ali također nije bilo statističke značajnosti. Rezultati su pokazali kako aktivne starije osobe imaju višu razinu obrazovanja u usporedbi sa sjedilačkim starijim osobama, a obje skupine uglavnom čine žene starije životne dobi (Santos idr. 2017).

Anokye i suradnici su istražili odnos između HRQoL-a (kvaliteta života povezana sa zdravljem) i tjelesne aktivnosti, te su ispitali kako se taj odnos razlikuje u objektivnim i subjektivnim mjerama tjelesne aktivnosti, a u kontekstu velikog reprezentativnog nacionalnog istraživanja iz Engleske. U istraživanju su koristili uzorak od 5.537 odraslih osoba (40–60 godina) iz reprezentativnog nacionalnog istraživanja u Engleskoj 2008 (HSE 2008 – Health Survey for England 2008). HRQoL je procijenjena korištenjem sažete mjere korisnosti zdravstvenog stanja izvedene iz EuroQol-5 Dimensions (EQ-5D), dok je tjelesna aktivnost procijenjena subjektivnom mjerom (upitnikom) i objektivnom mjerom (akcelerometar-aktivograf model GT1M). Nasumično odabrani pod uzorak ispitanika HSE 2008 (4.507 odraslih –16 i više godina) nosio je akcelerometar (oko struka) 7 dana (za vrijeme dok su bili budni), a valjani dan je iznosio 10 sati. Analiza je provedena 2010. godine. Rezultati ukazuju kako su više razine tjelesne aktivnosti povezane s boljom HRQoL-om (koeficijent regresije: 0,026 do 0,072). Taj je odnos dosljedan u različitim mjerama i tipovima tjelesne aktivnosti, iako su primjetne razlike u veličini HRQoL povezane s objektivnim i subjektivnim (koeficijent regresije: 0,047) mjerama tjelesne aktivnosti, pri čemu je objektivna mjera povezana s relativno boljim HRQoL-om (regresijski koeficijent : 0,072). S toga su autori došli do zaključka kako su više razine tjelesne aktivnosti povezane su s boljom HRQoL-om. Korištenje objektivne mjere tjelesne aktivnosti pokazuje relativno bolji HRQoL u usporedbi sa subjektivnom mjerom mjere tjelesne aktivnosti pokazuje relativno bolji HRQoL u usporedbi sa subjektivnom mjerom (Anokye idr. 2012, 1–8).

Rejeski i Mihalko se svom preglednom radu o povezanosti kvalitete života i tjelesne aktivnosti pozivaju na moto Američkog gerontološkog društva koji jednostavno glasi „Dodavanje života godinama, a ne samo godina životu“. Autori su se u svom radu osvrnuli

na pomanjkanje dosljednosti u korištenju terminologije povezane s utjecajem tjelesne aktivnosti na kvalitetu života kod starije populacije. Analizirajući do tad objavljene radove vezane uz kvalitetu života kod starijih osoba, autori su podijelili pojam kvalitete života na više modela. Prilikom analize radova povezanih s tjelesnom aktivnošću i pojmom zadovoljstva životom i povezanim konstruktima, autori su obradili 12 istraživanja u kojima se pojam zadovoljstva životom istraživao ne samo uz korištenje instrumenta Skale zadovoljstva životom (SWLS – Satisfaction With Life Scale), već su se u radovima koristili i instrumenti poput, Indeksa zadovoljstva životom (Life Satisfaction Indeks – LSI), Indeksa zadovoljstva životom starijih osoba (Life Satisfaction in the Elderly Scale – LSES), te s modificiranom verzijom Skale percipirane kvalitete života (Perceived Quality of Life Scale – PQOL). Obradom podataka autori su dobili djelomično kontradiktorne rezultate u kojima je u 3 od 6 randomiziranih kontrolnih istraživanja utvrđena pozitivna povezanost između uključenosti u tjelesne aktivnosti i poboljšanja zadovoljstva životom, dok u ostale 3 studije nije utvrđena pozitivna povezanost između sudjelovanja u tjelesnim aktivnostima i poboljšanja u zadovoljstvu sa životom. Ipak treba se uzeti u obzir kako je jedna od studija uključivala vježbe slabijeg intenziteta koje su se provodile samo dva puta tjedno. Pozivajući se na starije radove autori navode saznanja kako starije osobe koje uživaju u sudjelovanju u aktivnostima iskazuju viši stupanj zadovoljstva životom. Iz toga proizlazi kako uživanje u sudjelovanju u tjelesnim aktivnostima može biti medijator koji će utjecati na pozitivnu promjenu u zadovoljstvu životom kroz uključenost u tjelesne aktivnosti. Prilikom uključivanja u tjelesne aktivnosti neophodno je utvrditi motivirajuće ciljeve za svaku stariju osobu (Rejeski i Mihalko 2001, 23–35).

U prilog višestrukim prednostima uključivanja starijih osoba u redovite tjelesne aktivnosti, uključujući i poboljšano fizičko, kognitivno i psihosocijalno zdravlje govori i studija provedena u Australiji 2020 godine. Raynor i suradnici su u svom radu istraživali prednosti 12 tjednog programa vježbanja kod starijih osoba koje žive u rezidecionalnoj ustanovi za njegu starijih osoba u Perthu, Zapadnoj Australiji. Istraživanje je provedeno na 24 ispitanika, od kojih je 11 ispitanika bilo u kontrolnoj skupini, dok je 13 ispitanika bilo u intervencijskoj skupini. Program je za cilj imao održavanje ili poboljšanje tjelesne sposobnosti sudionika, a propisao i provodio ga je akreditirani fiziolog vježbanja. Program se sastojao od individualnih susreta vježbanja jedan na jedan (1 sat 2 puta tjedno kroz 12 tjedana). Prije i nakon intervencije procijenjene su mjere fizičke izvedbe (ravnoteža, snaga, fleksibilnost i mobilnost). Nakon intervencije provedeni su kvalitativni intervjui sa starijim osobama uključenim u programe vježbanja, sa članovima obitelji, te sa osobljem i članovima

istraživačkog tima. U intervju su istraživane prepreke i olakšice za sudjelovanje i percipirani psihosocijalni ishodi. Rezultati istraživanja ukazuju kako je organizirani i stručno vođen program vježbanja osigurao fizičku korist i povećani društveni angažman sudionika, čime govori u prilog vrijednosti pružanja usluga vježbanja u okviru skrbi za starije osobe (Raynor idr. 2020, 104–113).

Brach i suradnici su 2004 godine proveli istraživanje na temu pokazuju li starije odrasle osobe koje vježbaju višu razinu tjelesne funkcije od onih koji ne vježbaju, ali su fizički aktivni tijekom dana. Presječno istraživanje je uključilo 3075 visoko funkcionirajući muškaraca i žena. Tjelesna aktivnost i vježbanje su procijenjeni pomoću modificiranog upitnika za tjelesnu aktivnost u slobodno vrijeme. Ispitanici su podijeljeni u 3 kategorije: neaktivni, aktivni i vježbači. Korišteni instrumenti su uključivali pitanja vezana uz zdravstveni status (Health ABC), „Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE)“ (Utvrdene populacije za epidemiološke studije starijih osoba (EPESE) – cilj studije je opisati i identificirati prediktore smrtnosti, hospitalizacije i smještaja u ustanove za dugotrajnu skrb te istražiti čimbenike rizika za kronične bolesti i gubitak funkcioniranja), test hoda na 400 metara i izokinetički test snage za ekstenzore koljena. Rezultati studije upućuju kako starije osobe uključene u vježbe umjerenog intenziteta u trajanju od 20–30 minuta, većinom dana tijekom tjedna imaju bolju fizičku funkciju od starijih osoba koje su aktivne tijekom dana i od osoba koje su neaktivne. Istraživanje je ukazalo kako je u cilju prevencije funkcionalnih ograničenja bilo kakav oblik tjelesne aktivnosti bolji od neaktivnosti, ali vježbanje donosi veću korist kod tjelesnu sposobnost (Brach idr. 2004, 502–509).

Ory i suradnici su ispitivali potencijalne pozitivne učinke sudjelovanja u Texercise Select programu na vrijeme provedeno u sjedenju, laganoj, umjerenoj i snažnoj tjelesnoj aktivnost ispitanika. Karakteristika Texercise Select programa je da se odvija u centrima za starije osobe, obrazovnim ustanovama i drugim društvenim okruženjima u zajednici gdje se okupljaju starije odrasle osobe. Studija je također ispitivala učinke intervencije na dva potencijalna facilitatora tjelesne aktivnosti: samoeфикаsnost za tjelesnu aktivnost i društvenu podršku za tjelesnu aktivnost. Ispitan je broj dana i minuta dnevno za koje su sudionici studije rekli da su fizički aktivni, te je ispitan intenzitet vježbanja (lagani, umjereni ili snažni). Također je promatrana samoučinkovitost ponašanja poput postavljanja ciljeva vježbanja, sigurnog vježbanja i identificiranja aktivnosti koje treba izvoditi, te mjesta na kojima treba biti fizički aktivan. Proučavana je i društvena potpora u planiranju i provođenju ciljeva vježbe. Iako je Texercise Select primarno dizajniran za osobe starije od 45 godina,

prosječna dob sudionika istraživanja je bila 74 godine. Grupa koja je sudjelovala u programu vježbanja pokazala je značajna poboljšanja u razinama tjelesne aktivnosti, samoučinkovitosti i socijalne podrške nakon tri i šest mjeseci od početne vrijednosti u usporedbi ispitanicima u usporednoj skupini koji nisu sudjelovali u Texercise Select programu. Osim toga, sudionici Texercise Selecta programa pokazali su smanjenje sjedilačkog ponašanja, što je uobičajeni čimbenik rizika za mnoge kronične zdravstvene probleme. Poboljšanje razine socijalne podrške i samoučinkovitosti također ukazuju kako Texercise Select program potiče osobe da budu aktivniji u upravljanju svojim zdravljem. Studija se također suprotstavlja negativnim stereotipima kako su starije osobe nezainteresirane za pohađanje multimodalnih programa intervencije u načinu života, te kako nisu u stanju napraviti promjene zdravstvenog ponašanja čime mogu pozitivno utjecati na poboljšanje zdravlja i kvalitete života (Ory idr. 2018).

Blumenthal i suradnici su u svom radu istraživali utjecaj tjelesne aktivnosti na starije pacijente oboljele od depresije. Cilj im je bio procijeniti učinkovitost aerobnog programa vježbanja u usporedbi sa standardnim farmakološkim tretmanom starijih osoba oboljelih od depresivnih poremećaja. Istraživanje se provodilo kroz 16 tjedana i uključivalo je 156 muškaraca i žena starijih od 50 godina, s postavljenom dijagnozom depresije. Ispitanici su nasumičnom metodom uključeni u program aerobnog vježbanja uz terapiju antidepresivima (sertralin – hydrochlorid), ili u program kombiniranog vježbanja uz medikamentoznu terapiju. Rezultati istraživanja ukazuju kako se program vježbanja može uzeti u obzir kao alternativa tretmanu antidepresivima prilikom liječenja depresije kod starijih osoba. Iako rezultati ukazuju kako antidepresivi mogu polučiti brži inicijalni terapijski odgovor od vježbi, tretman vježbanja se nakon 16 tjedana pokazao jednako učinkovitim u smanjivanju depresije kod pacijenata s postavljenom dijagnozom depresije (Blumenthal 1999, 2349–2356).

Istovremeno kako raste svijest o značaju uključivanja starijih osoba u slobodne aktivnosti koje bi uključivale neki oblik tjelesne aktivnosti raste i interes za razumijevanjem povezanosti između zdravlja, okoline i načina na koji različite dimenzije okoline utječu sa životnim stilovima na različite zdravstvene odluke koje neki pojedinac donosi tijekom života. Pozitivna motivirajuća okolina će pozitivno djelovati i na razvijanje pozitivnih stavova prema vježbanju u starijih osoba (Ory idr. 2015, 139–150; Heath idr. 2012, 272–281).

Bohem i suradnici su prepreke i facilitatore uključivanju starijih osoba u tjelesne aktivnosti podijelili u tri skupine, osobne, socijalne i okolišne (Boehm i dr. 2013, 141–149). Neke

prepreke i neki facilitatori su značajni za sve osobe, dok su neki specifično povezani uz okruženje u kojemu osoba živi (Boehm idr. 2013, 141–149).

Van Dyck i suradnici su u Belgiji proveli kvalitativno istraživanja s ciljem pribavljanja informacija o determinantama tjelesne aktivnosti i sjedilačkog ponašanja kod osoba koje su nedavno otišle u mirovinu. Istraživanje se provodilo putem intervjuja, a uključivalo je 40 ispitanika podijeljenih u 4 fokusne grupe. Ispitanici su kao oblike tjelesnih aktivnosti u kojima sudjeluju najčešće naveli hodanje, vožnju bicikla, plivanje i fitness. Najčešći prijavljeni oblici sjedilačkog ponašanja su bili čitanje, gledanje televizije i korištenje računala. Većina ispitanika se složila da su se njihove navike promijenile umirovljenjem. Najizraženija odrednica za sudjelovanjem u tjelesnim aktivnostima bio je osjećaj kako su „zaboravljena skupina“ i stoga postoji premali broj prilagođenih programa tjelesnih aktivnosti. Nadalje, sudionici nisu bili svjesni negativnih zdravstvenih učinaka sjedilačkog ponašanja i nisu bili motivirani za smanjenje sjedilačkog načina života. Kao prepreke sudjelovanju u tjelesnim aktivnostima navode okolišne, fizičke barijere, od kojih su mnoge bile povezane uz prijevoz. Što se tiče novih oblika tjelesnih aktivnosti, ispitanici su iznijeli različite ideje koje odražavaju različitost ciljne skupine. Rezultati ukazuju kako je za nedavno umirovljene odrasle osobe poželjna dinamična intervencija u kojoj bi osobe mogle birati oblik tjelesne aktivnosti koji žele povećati (Van Dyck idr. 2017).

Okolina u kojoj se provode programi vježbanja može imati značajke koje potiču ili ometaju obrasce aktivnog ponašanja (Towne idr. 2016, 977–988; Siu idr. 2012). Mogućnost identifikacije mjesta gdje se starije osobe žele uključiti u tjelesne aktivnosti, te identifikacija čimbenika koji utječu na sudjelovanje u tjelesnim aktivnostima je od presudne važnosti (Baert idr. 2011, 464–474). Samo-efikasnost se pokazala kao jedan od značajnih facilitatora vezanih uz starije i tjelesnu aktivnosti, kako za uključivanje starijih, tako i za nastavak bavljenja tjelesnom aktivnošću. Ona se može smanjivati tijekom života posljedično vezano uz procese starenje, a koje prate tjelesna ograničenja i onesposobljenja (Rejeski idr. 1996, 23–35).

Konopack i suradnici povezuju samo-efikasnost s uspješnim izvođenjem funkcionalnih tjelesnih zadataka, posebice onih koji uključuju tjelesnu snagu (Konopack idr. 2008, 311–318). Ashford navodi kako povećanje nivoa samoeffikasnosti predstavlja učinkovitu metodu za povećanu tjelesnu aktivnosti (Ashford 2010, 265–288).

Mreža podrške u lokalnoj zajednici predstavlja jedan od oblika na koji se način može pružiti podrška provođenju programa tjelesne aktivnosti putem društveno podržanog pozitivnog oblika ponašanja (Antikainen 2011, 95–96). Bihevioralni i društveni pristup uključuju

stvaranje sustava „partnera“ koji predstavljaju kontakt između sudionika i vođa programa u organiziranom hodanju ili nekom drugom obliku grupe za potporu tjelesnoj aktivnosti u slučaju izostanka organiziranog društvenog programa osoba može potražiti partnera u susjedu s kojim će imati dogovor o npr. zajedničkoj šetnji (Lin idr. 2012, 736–750).

Istražujući povezanost socijalnih odnosa i rizika od mortaliteta, Holt-lunstad je zajedno sa suradnicima provela meta analizu do sad objavljenih istraživanja s ciljem utvrđivanja do koje razine mogu socijalni odnosi utjecati na rizik od mortaliteta, te koji aspekti socijalnih odnosa mogu najlakše biti predviđeni, te koji od faktora imaju moderirajući utjecaj na rizik. Istraživanje je obuhvatilo podatke za 308.849 osoba, koje su praćene u prosjeku 7,5 godina. Dobiveni podatci pokazuju kako osobe s odgovarajućim društvenim odnosima imaju 50% veću vjerojatnost preživljavanja u usporedbi s onima s lošim ili nedovoljnim društvenim odnosima. Autori navode kako je veličina ovog učinka usporediva s prestankom pušenja, te premašuje mnoge dobro poznate čimbenike rizika za smrtnost (npr. pretilost, tjelesna neaktivnost). Ovi podatci također otkrivaju značajnu varijabilnost u prediktivnoj korisnosti varijabli društvenih odnosa, pri čemu su više dimenzionalne procjene socijalne integracije optimalne kada se procjenjuje rizik smrtnosti pojedinca i kod dokazivanja kako društvena izolacija ima sličan utjecaj na smrtnost kao i druge mjere društvenih odnosa. U rezultatima je sveukupni učinak ostao dosljedan u nizu čimbenika, uključujući dob, spol, početni zdravstveni status, razdoblje praćenja i uzrok smrti, što sugerira kako bi povezanost između društvenih odnosa i smrtnosti mogla biti općenita, a naponi za smanjenje rizika ne bi trebali biti izoliran u podskupine kao što su starije osobe. Autori se u radu pozivaju na prethodna istraživanja od prije više desetljeća, a koja su se bavila uočenom visokom stopom smrtnosti kod dojenčadi u sirotištima. Tada se uočilo kako čak i kad se kontroliraju prethodna zdravstvena stanja i medicinski tretmani nedostatak ljudskog kontakta predviđao je visoku stopu smrtnosti. Medicinska struka bila je zapanjena saznanjem da bi dojenčad umrla bez društvene interakcije. Autori nadalje navode kako je ovo jedino otkriće, gledano unatrag, bilo odgovorno za promjene u praksi i politici koje su značajno smanjile stope smrtnosti u ustanovama za skrbništvo. Nadalje, suvremena medicina mogla bi na sličan način imati koristi od priznavanja podataka kako društveni odnosi utječu na zdravstvene ishode odraslih (Holt-Lunstad idr. 2010).

Phongsavan i suradnici su 2013 godine proveli istraživanje na temu povezanosti dobi, spola i socijalnih kontakata s psihološkim distresom. Metoda istraživanja je uključivala podatke prikupljene putem upitnika na uzorku od 236 490 odraslih Australaca u dobi starijoj od 45 godina. Dobiveni rezultati su pokazali kako je postojao dosljedan odnos između povećane

učestalosti telefonskih kontakata, društvenih posjeta i kontakata s društvenim grupama i smanjenog rizika od psihološkog distresa. Međutim, analizom prema dobi rezultati su pokazali, s jednom iznimkom, kako nisu pronađene značajne povezanosti između učestalosti kontakata s društvenom skupinom i rizika od psihološkog distresa za osobe u dobi od 85 godina i starije. Analiza je također pokazala značajnu interakciju između dobi i spola, što ukazuje na to kako vjerojatnost doživljavanja psihološkog distresa nije ista kod muškarca i žena u dobnim skupinama od 65 do 74 i od 75 do 84 godine. Dok je rizik od psihološkog distresa za muškarce i žene u dobi od 85 godina ili starijima sličan. Istraživanje je pokazalo kako uključivanje u društvene grupe predviđa smanjeni rizik od visokog psihološkog distresa u svim dobnim skupinama, uz primarno izraženo smanjenje kod žena svih dobnih skupina (kod muškaraca je bio slabiji učinak i to samo u dobnjoj skupini 45–64). Nadalje pokazalo se kako je kod žena u dobi od 85 godina i starijima kontakt s društvenom grupom predstavljao jedini tip društvenog kontakta koji je značajno štitio od psihičkog distresa. Autori navode kako se objašnjenje za dobivene rezultate može naći u povezanosti iskustva i dobrobiti uključenja u interakcije društvenih grupa, a koje se različito očituju za muškarce i žene – to jest, funkcionalnost i priroda društvenih grupa imaju različitu vrijednost i značenje za žene nego za muškarce. Vjerojatnije je da će žene imati raznolike i veće društvene mreže od kojih primaju i pružaju podršku. Žene, osim što imaju "primarne" mreže podrške kao što su supružnici i/ili bliski prijatelji, imaju tendenciju da budu društveno aktivne, te to znači kako također crpe podršku iz opsežnijih "sekundarnih" mreža podrške kao što su društvene grupe kroz društvene klubove i volontiranje. Nadalje, osim toga, mogućnost sudjelovanja u društvenim grupama po vlastitom izboru izvan užeg obiteljskog kruga može dati starijim ženama osjećaj neovisnosti i kontrole nad njihovim svakodnevnim životom, čineći tako njihova iskustva ugodnijim i ugodnijim. Dok muškarci iako cijene svoju društvenu povezanost, češće crpe podršku iz manjih grupa, koje uključuju supružnika i/ili bliske prijatelje, te stoga imaju tendenciju biti manje društveno uključeni u vanjske društvene grupe (Phongsavan idr. 2013, 921–943).

Abbey i suradnici su 1985. godine istražili utjecaj različitih izvora socijalne podrške i socijalnih sukoba na emocionalno zdravlje. Za tu svrhu primijenjena su dva upitnika, jedan za mjerenje percipirane razine socijalne podrške, a drugi za mjerenje percipirane razine socijalnih sukoba. Uz njih je primijenjen i upitnik procjene emocionalnog zdravlja i ispitana je kvaliteta života na temelju Andrews i Withey modela. Rezultati su pokazali kako nema značajne povezanosti u razini socijalne podrške i socijalnog sukoba, osim kad ispitanici nisu govorili o najbližim osobama. Socijalna podrška značajno je korelirala s kvalitetom života

kada su se ispitanici odnosili na ljude u svom životu. Također se pokazalo kako je socijalna podrška ublažila učinke društvenog sukoba na afekt i kvalitetu života kada su ispitanici spomenuli neku osobu (Abbey idr. 1985).

U Hrvatskoj je 2004 godine Jakovljević u svrhu izrade diplomskog rada provela istraživanje na temu „Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja“. Istraživanje je obuhvatilo 1138 (0,3%) nezaposlenih osoba registriranih u RH. Raspon dobi ispitanika kretao se od 17–62 godine, a trajanje nezaposlenosti od 0 mjeseci (tek prijavljeni na HZZ) do 435 mjeseci (36,25 godina). Kao instrumenti u istraživanju su korišteni: konstruiran upitnik, ljestvica od 8 pitanja za procjenu stupnja socijalne podrške i Upitnik zdravlja SF-36, ali ne u cijelosti, već su u istraživanju korištene samo tri ljestvice koje mjere psihičko zdravlje; ljestvicom SF – socijalnog funkcioniranja, ljestvicom UE – ograničenja u ostvarenju životnih uloga zbog emocionalnih problema, te ljestvicom PZ – psihičkog zdravlja. Rezultati istraživanja pokazuju kako nezaposlenim osobama u Hrvatskoj bliske osobe iz njihove socijalne okoline često pružaju socijalnu podršku, no postoje velike individualne razlike u percipiranoj podršci. Žene, odnosno mlađe nezaposlene osobe percipiraju socijalnu podršku većom. Obrazovanje, obiteljska odgovornost i trajanje nezaposlenosti nisu se pokazale da imaju značajan utjecaj na procjenu socijalne podrške. Pokazalo se kako postoji općenito zadovoljavajuća percepcija vlastitog psihičkog zdravlja kod nezaposlenih uz velike individualne razlike. Dobiveni rezultati govore kako nezaposleni mlađi muškarci, s višim stupnjem obrazovanja, te nezaposleni koji percipiraju veću socijalnu podršku, procjenjuju vlastito psihičko zdravlje boljim (Jakovljević 2004).

Istražujući percepciju bolesti, prisustvo pozitivnih i negativnih emocionalnih doživljaja i socijalne podrške kod žena oboljelih od raka dojke u svrhu izrade diplomskog rada 2018. godine Matić provodi istraživanje. Ispitanice su bile korisnice Udruge „SVE za NJU“. Istraživanje je zaključno uključivalo 102 ispitanice u dobi od 27 do 73 godine ($M=48,15$, $SD=9,74$). Najmanji broj ispitanica je imao samo osnovnoškolsko obrazovanje, dok je najveći broj ispitanica je imao srednju stručnu spremu 54, a visoko obrazovane su bile 44 ispitanice. U istraživanju je korišten upitnik koji se sastojao od četiri dijela, a to su: opći podatci, Upitnik percepcije bolesti, Skala pozitivnih i negativnih emocija, te Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške. Dobiveni rezultati su pokazali Socijalnu podršku i emocionalnu percepciju kao značajne prediktore pozitivnih, ali i negativnih emocionalnih doživljaja ispitanih žena. Također se pokazalo, što je veća socijalna podrška kod sudionica to je prisutno više pozitivnih emocionalnih doživljaja. Sama razina socijalne podrške kod žena oboljelih od raka dojke se pokazala iznadprosječnom (Matić 2018).

Sherrwood i Jeffery navode kako podatci istraživanja ukazuju na pozitivnu povezanost socijalne podrške, i uspješnosti provođenja programa vježbanja. Pozitivnom se pokazala podrška u obliku vježbanja s partnerom, te kao primarnu motivaciju za vježbanje žene često navode socijalnu interakciju. Odabir partnera za pružanje socijalne podrške kako bi se uspjelo pozitivno djelovati na uključivanje većeg broja osoba u programe vježbanja predstavlja ključno pitanje, te zaslužuje daljnje istraživanje. Pružatelji socijalne podrške osobi koja vježba, mogu biti supružnici i/ili kolege s posla. Iz kojeg će okruženja biti njen partner za vježbanje ovisi o samim karakteristikama osobe uključene u programe vježbanja. Također se pokazalo boljim ukoliko osoba ima više izvora podrške (Sherwood and Jeffery 2000).

Freak-Poli i suradnici su proveli istraživanje s ciljem procjene povezanosti socijalne izolacije, socijalne podrške i usamljenosti na kvalitetu života povezanu sa zdravljem. U retrospektivno istraživanje temeljeno na Australskoj longitudinalnoj studiji ženskog zdravlja (Australian Longitudinal Study on Women's Health – ALSWH) u koje je bila uključena 10 517 ženska osoba u dobi od 70–75 godina, prosječne dobi $72.53 \pm 1.47SD$. Ispitane su socijalna izolacija, socijalna podrška i usamljenost sa fizičkim zdravljem i mentalnim zdravljem ispitanim SF-36 upitnikom. 61% ispitanica je klasificirano kao socijalno izolirano, 9% ispitanica je imalo nisku razinu socijalne podrške i 14% ispitanica je bilo usamljeno. Istraživanje je pokazalo nisku korelaciju između kontinuirane socijalne izolacije i konstrukta socijalne podrške. U istraživanju je došlo do određenog križanja jer su sudionici koji su klasificirani kao društveno izolirani također imali mnogo veću vjerojatnost da će prijaviti nisku društvenu podršku nego sudionici koji nisu društveno izolirani (12% naspram 3%, $p < 0,0001$). Slično tome, sudionici koji su bili društveno izolirani ili su imali nisku društvenu podršku vjerojatnije su izjavili da su usamljeni (socijalna izolacija: 17% naspram 10%, $p < 0,001$; niska društvena podrška: 43% naspram 11%, $p < 0,001$). Međutim, samo 3% ($n = 342$) je kategorizirano kao socijalno izolirano, s niskom socijalnom potporom i usamljenošću, što je označeno kao "negativno". Prosječno fizičko zdravlje bilo je $41,53 \pm 11,40SD$ (medijan 43,60, IQR 32,71-55,09), a prosječno mentalno zdravlje $53,22 \pm 9,64SD$ (medijan 56,03, IQR 48,27-60,10). Svaki je konstrukt bio neovisno povezan s kvalitetom života povezanom sa zdravljem, pri čemu je usamljenost imala najjaču inverznu povezanost (fizičko zdravlje: izolacija -0,98, niska potpora -2,01, usamljenost -2,03; tjelesno zdravlje: izolacija -1,97, niska potpora -4,79, usamljenost -10,20; p -vrijednost $< 0,001$ za svaki). Žene koje nisu bile izolirane ili usamljene i s visokom društvenom potporom imale su najbolju kvalitetu života povezanu sa zdravljem (u usporedbi s izoliranim, niskom socijalnom

potporom i usamljenima; mentalno zdravlje: 17 do 18 bodova više, tjelesno zdravlje: 5 do 8 bodova više). Ostale kombinacije socijalne izolacije, socijalne podrške i usamljenosti varirale su u povezanosti s kvalitetom života povezanom sa zdravljem. Na temelju dobivenih rezultata autori su došli do zaključka kako su među starijim ženama razine socijalne izolacije, niske socijalne podrške i usamljenosti različite, djelomično preklapajuće, ali i kako su to međusobno povezani koncepti koji koegzistiraju i svaki je nepovoljno povezan s kvalitetom života povezanom sa zdravljem (Freak-Poli idr. 2022, 1335–1344).

Programi koji su bazirani u lokalnim zajednicama, u samom susjedstvu starijih osoba, koji se provode izvan tradicionalnih institucija unutar sustava pružanja zdravstvene skrbi, u lokacijama poput mjesnih centara, lokalnih okupljališta mještana i crkvi mogu promovirati tjelesnu aktivnost kod starijih osoba na pristupačiji način. Do sada je proveden već veći broj programa u okruženjima lokalnih zajednica, te nam oni mogu poslužiti kao mogući predložak u kreiranju daljnjih programa (Sokol Brach 2015, 131–138). Mjesta provođenja tih programa mogu podrazumijevati grupno okruženje, komunikaciju putem elektroničke pošte, Interneta, pošte, telefona ili putem sva četiri načina. Programi koji se baziraju na uključivanju tjelesnih aktivnosti u svakodnevnicu su se pokazali financijski isplativijima od programa tjelesnih aktivnosti koji se provode pod stručnim nadzorom (Sokol Brach 2015, 131–138).

Iz suvremene javnozdravstvene perspektive tjelesne aktivnosti se trebaju uklopiti u aktivnosti svakodnevnog života, provodeći se u okruženjima bliskim korisnicima, poput onih u njihovom susjedstvu. Stoga se javlja potreba promjene pristupa organizaciji programa tjelesnih aktivnosti namijenjenih starijim osobama (National Prevention Council: National prevention strategy 2011). O vježbama kao instrumentu poboljšanja socijalne interakcije govori i istraživanje koje su proveli Petković i suradnici, u kojemu je sudjelovala 71 žena, te koje su po završetku istraživanja izjavile kako su upoznale nove ljude (100%) i stekle nove prijatelje (92,9%) te se stoga osjećaju manje usamljeno (80,3%). Tjelesno vježbanje u grupama omogućava druženje i lakšu socijalizaciju osobe u društvu, nasuprot sveprisutnoj otuđenosti u suvremenom društvu. Bolje spava 78,9% ispitanica, njih 69% nastoji se zdravije hraniti a 67,6% lakše održava tjelesnu težinu (Petković 2011, 525–531).

Na uspješno starenje uvelike utječe i socijalno okruženje, te su tako Puchno i suradnici došli do rezultata koji ukazuju na povezanost uspješnog starenja i stupnja obrazovanja, te vremena provedenog u zatvoru. Visoki stupanj obrazovanja, bez vremena provedenog u zatvoru ukazuje na uspješnije starenje od ostale tri skupine ispitanika (skupine su: uspješni u oba kriterija-objektivni i subjektivni, uspješni po jednom, ali ne i drugom kriteriju, te u niti

jednom kriteriju). Istraživanje ukazuje kako se neki od učinaka negativnih ranih utjecaja mogu prevladati pomoću trenutnih ponašanja i socijalne podrške. Autori navode kako rezultati istraživanja naglašavaju značaj poticanja pozitivnih zdravstvenih ponašanja tijekom odraslog života, posebice kod osoba koje nisu bile u braku. Trenutno ponašanje i razina socijalne podrške utječu na uspješno starenje, s tim kako je izglednije da će uspješniji biti u braku, raditi za novčanu naknadu ili volontirati i umjereno će konzumirati alkohol. Rezultati ukazuju na značaj naglašenih socijalne povezanosti i religioznosti, sugerirajući kako su to čimbenici koji za neke osobe predstavljaju ključ uspješnog starenja. Osobe s takvim karakteristikama su smatrale kako uspješno stare, bez obzira što su imale povišen indeks tjelesne mase i što nisu aktivno sudjelovali u programima vježbanja (Pruchno idr. 2010).

Istražujući sličnosti i razlike u preprekama i motivatorima za uključivanje u tjelesne aktivnosti u skupinama odraslih osoba dobi od 50–64 i u dobi od 65–70 Spiteri i suradnici su došli do rezultata koji ukazuju kako su prepreke usporedive u obje dobne skupine, pri čemu su čimbenici okoliša i resursi najčešće identificirane prepreke. Kod starijih osoba kao najčešće identificirani motivatori su se pokazali: društveni utjecaj, podrška, te pomoć prilikom prilagodbe na promjenu, dok su najvažniji identificirani motivatori kod osoba srednje dobi identificirani: postavljanje ciljeva, uvjerenje kako će aktivnost biti korisna, te društveni utjecaj (Spiteri idr. 2019, 929–944).

Bethancourt i suradnici u navode kako je proces uključivanja osoba u tjelesne aktivnosti utkan u mrežu osobnih, socijalnih, okolišnih i strukturalnih prepreka i facilitatora. Ključno otkriće njihove studije je bilo kako starije odrasle osobe žele da njihovi pružatelji zdravstvenih usluga i zdravstveni sustavi podržavaju njihovu tjelesnu aktivnost. Starije osobe su također željele daljnji nadzor od svog liječnika ili fizioterapeuta. Ispitanici su izrazili interes da im zdravstveni djelatnici pomognu kako da sigurno započnu rutinu tjelesne aktivnosti, postavljaju realne ciljeve, prate napredak i prevladaju zdravstvene i dobne prepreke s kojima se suočavaju tijekom aktivnosti. Navode kako ovakvi oblici podrške mogu pomoći u poticanju jačeg osjećaja samoučinkovitosti. Bethancourt i sur., su predstavili niz istaknutih čimbenika koji zaslužuju razmatranje od strane zdravstvenih radnika i organizacija zainteresiranih za promicanje i planiranje tjelesne aktivnosti korištenjem socijalno-ekološkog modela kao teorijskog okvira. Rezultati njihova rada naglašavaju činjenicu da je proces bavljenja tjelesnom aktivnošću i korištenje programa tjelesne aktivnosti slojevit u mreži osobnih, društvenih, okolišnih i strukturalnih prepreka i olakšica (Tabela 3)

Tabela 3: Popis prepreka i facilitatora tjelesnoj aktivnosti i sudjelovanju u programima na temelju socijalno-ekološkog okvira.

BARIJERE	FACILITATORI
FACTORI NA INTRAPERSONALNOJ RAZINI	
Fizičko i mentalno zdravlje	
<ul style="list-style-type: none"> · Bol · Smanjena izdržljivost i ravnoteža · Povećano vrijeme oporavka · Opasnost od ozljeda · Strah od pada 	<ul style="list-style-type: none"> · Moguća prevencija zdravstvenih problema · Upravljanje postojećim stanjima · Održavanje ravnoteže, snage i mentalne oštine · Potencijalni gubitak težine · Pобољšanje raspoloženja
Individualne preference	
<ul style="list-style-type: none"> · Odbojnost prema TA*, teretane/TA zatvorenom prostoru · Odbojnost prema organiziranoj/grupnoj TA · Nedostatak motivacije · Strah/sram (nelagoda) · Nesigurnost u odgovarajuću TA · Sklonost sjedećim aktivnostima · Dosada povezana uz TA · Nenaviknutost na TA 	<ul style="list-style-type: none"> · Uživanje u TA · Uvjerenje kako je TA važan · Osjećaj krivnje kod neaktivnosti · Svjesnost o prednostima · TA kao dio rutine · Osjećaj samoučinkovitosti · Proaktivno praćenje programa · Dnevne aktivnosti osiguravaju TA · TA u kombinaciji s ugodnim/korisnim aktivnostima
ČIMBENICI INTERPERSONALNE RAZINE	
<ul style="list-style-type: none"> · Nedostatak smjernica od strane profesionalca · Ne motiviranost od strane instruktora · Ne prima niti ne može pristupiti informacijama o programima TA · Prejako poticanje na TA · Prisutnost drugih osoba koja se doživljava kao zastrašujuća 	<ul style="list-style-type: none"> · Poticanje od drugih · Druženje s drugima · Druženje u grupama · Stručno vodstvo · Društveni kontakt · Drugi kao uzori ili poticaji · Podrška društva psa
ČIMBENICI FIZIČKOG OKOLIŠA	
<ul style="list-style-type: none"> · Usponi i stepenice · Neravni nogostupi · Loše vremenske prilike · Nesigurno susjedstvo 	<ul style="list-style-type: none"> · Život u području dostupnom pješice · Blizina trgovina · Mjesta za odmor · Ravne površine za hodanje

<ul style="list-style-type: none"> · Lokacija održavanja TA nije lijepo uređena · Lokacija održavanja TA je teže dostupna · Problem s parkiranjem 	<ul style="list-style-type: none"> · Dostupne alternative u slučaju lošeg vremena · Opcije za TA kod kuće · Prikladne/u blizini lokacije za TA · Ugodno vrijeme
STRUKTURNI I ORGANIZACIJSKI ČIMBENICI	
<ul style="list-style-type: none"> · Troškovi vožnje do ili korištenja objekata · Ograničeni SS* i EF* objekti · Ne ispunjavati uvjete za SS i EF · Neadekvatne informacije · Nedostatak kvalitetnih instruktora · Programi koji nisu zanimljivi ili su previše izazovni · Pružatelji koji nisu upoznati s programima 	<ul style="list-style-type: none"> · Besplatni, jeftini programi · Visokokvalitetni instruktori · Fleksibilan raspored programa · Zanimljive aktivnosti · Programi prikladni za različite razine kondicije i fizičkih ograničenja · Distribucija informacija

TA- tjelesna aktivnost, SS- Silver Sneakers i EF- EnhanceFitness (Programi vježbanja namijenjeni starijim osobama)

Izvor: Bethancourt idr. 2014, 10–20

Uključivanje većeg broja starijih osoba u programe vježbanja na nacionalnoj razini zahtjeva višedimenzionalne intervencije na osobnom, društvenom i organizacijskom nivou (Bethancourt idr. 2014, 10–20). Petriček i suradnici su u svom radu u kojem su istraživali zdravstveni lokus kontrole kod osoba oboljelih od ishemijske bolesti srca došli do rezultata da su ispitanici najviše vjerovali kako na njihovo zdravlje najviše utječu okolnosti, podjednaki utjecaj im imaju sreća, ili vlastite snage, a najmanje su im važne druge osobe. Autori su utvrdili statistički značajnu pozitivnu povezanost između dobi i unutarnjeg lokusa kontrole (Petriček idr. 2008).

Grotz i suradnici su u svom istraživanju odnosa zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstvenog ponašanja navode povezanost starije životne dobi, lošijeg socioekonomskog statusa i migracija s višim rezultatima zdravstvenog lokusa kontrole povezanog s vanjskim utjecajem i izraženom komponentom sreće. Ispitanici koji pridaju značaj sreći rjeđe sudjeluju u sportskim aktivnostima, slabije se brinu o zdravlju zubi, pohađaju manji broj zdravstvenih tečaja, te rjeđe sistematično traže informacije. Visoka povezanost zdravstvenog lokusa kontrole sa srećom se može smatrati rizičnim faktorom za adekvatno zdravstveno ponašanje (Grotz idr. 2011, 129–140).

U presječnoj studiji provedenoj 2020. godine Derakhshanrad i suradnici su istraživali motiviranost starijih Iranaca za uključivanje u razne oblike tjelesne aktivnosti. Autori su istraživanje bazirali na temelju socijalno-ekološkog modela koji pretpostavlja kako postoje tri izvora motivacije – intrapersonalna, interpersonalna i motivacija zajednice – koji potiču starije odrasle osobe na sudjelovanje u tjelesnoj aktivnosti. Ova tri motivacijska izvora mogu dovesti do pridržavanja tjelesno aktivnog ponašanja. Autori navode kako postoji malo empirijskih istraživanja koja istražuju koji je izvor motivacije utjecajnije na dosljednost starijih osoba u provođenje tjelesne aktivnosti. Istraživanje je provedeno poprečnim presjekom, te su se istraživali odnosi između razina tjelesne aktivnosti i različitih izvora motivacije. U istraživanje je bio uključen uzorak od 140 starijih stanovnika koji žive u zajednici. Ispitanici su bili u dobi od 60 i više godina. Žive u Shirazu u Iranu, te su pristali ispuniti upitnike na koje su sami prijavili. Spol i intrapersonalna motivacija su se pokazali kao korisni prediktori varijacija u razinama tjelesne aktivnosti. U usporedbi s muškarcima, žene su se rjeđe uključivale u tjelesne aktivnosti. Rezultati ukazuju kako se utjecaj razine motivacije od strane zajednice smanjuje s godinama. Razina tjelesne aktivnosti nije imala značajniju povezanost s dobi, razinom obrazovanja i zdravstvenim stanjem (Derakhshanrad idr. 2020, 135–141).

Rech i suradnici proveli su istraživanje 2018. godine s ciljem sinteze i analize znanstvenih dokaza o uočenim preprekama tjelesnoj aktivnosti tijekom slobodnog vrijeme na kod brazilske populacije. Istraživanje je provedeno pregledavanjem baza podataka časopisa Lilacs, SciELO, PubMed, ScienceDirect i Web of Science, te je analiziran broj izvješća za svaku prepreku tjelesnoj aktivnosti. Prepreke su grupirane prema razini determinanti društveno-ekološkog modela (intrapersonalni, interpersonalni i ekološki). Obrađene je 25 studija (11 u adolescenata, 8 u odraslih i 6 u starijih osoba), uključujući ukupno 62 678 izvješća o preprekama tjelesnoj aktivnosti. Istraživanja su provedena u južnoj (n=15), jugoistočnoj (n=7) i sjeveroistočnoj (n=2) regiji, a jedno istraživanje je uključivalo i više brazilskih regija. Sveukupno, oko sedam od svakih 10 izvještaja o preprekama za tjelesnu aktivnost je uključivalo intrapersonalne barijere. Odrasli i stariji odrasli imali su veći udio prijava intrapersonalnih prepreka (84,8% odnosno 74%) nego adolescenti (47,8%). Najčešće prijavljene prepreke tjelesnoj aktivnosti među adolescentima su nedostatak društva, nedostatak društvene podrške obitelji i prijatelja, neprikladna klima i ograničen pristup prostorima za tjelesnu aktivnost. Nedostatak motivacije i nedostatak vremena bile su najčešće prijavljene prepreke kod odraslih, dok su kod starijih osoba prevladavajuće

prepreke nedostatak motivacije i dijagnosticirana bolest ili tjelesna ograničenja (Rech idr. 2018).

Istražujući kvalitetu života i tjelesnu aktivnost kod starijih osoba Bashkireva i suradnici su proveli 2011–2015 godine istraživanje na 523 ispitanika prosječne dobi $76.8 \pm 0,65$ godina. Kriteriji za uključivanje u istraživanje su bili: žene u dobi iznad 60 godina, niska razina tjelesne aktivnosti, te izostanak uključenosti u sportske treninge. Kriteriji za isključeni iz studije su bili: mlađi od 60 godina, dovoljna razina tjelesne aktivnosti, sudjelovanje u profesionalnim sportovima tijekom mladosti, uključenost u sportove (Vježbanje u klubovima i grupama), iskustvo u Nordijskom hodanju i medicinske kontraindikacije. Ispitanici su u drugoj fazi podijeljeni u dvije skupine. Kontrolnu i skupinu uključenu u vježbe koje su uključivale Nordijsko hodanje i održavale su se dva puta tjedno. U trećoj fazi po završetku 12 mjesečnog programa vježbanja uveden je još i isključujući kriterij izostanka s vježbanja više od 10%, te je ispitivanje provedeno na ukupno 240 žena. 120 žena. Podatci mjerenja su prikupljeni na početku istraživanja, nakon 6 mjeseci i nakon 12 mjeseci. Za ispitivanje kvalitete života ispitanika korišten je SF-36 upitnik. Rezultati su pokazali kako starije osobe kao glavni uzrok tjelesne neaktivnosti navode: prisutnost bolesti, strah od ozljeda i padova, nedostatak energije i slabost, nedostatak partnera ili prijatelja za zajedničke aktivnosti, nisku motivaciju i nedostatak sigurnog mjesta za vježbanje. Nadalje, rezultati ukazuju kako redovito Nordijsko hodanje poboljšava kvalitetu života starih osoba, što je dokazano porastom pokazatelja upitnika SF-36 na ljestvicama tjelesnog funkcioniranja, cjelokupnog zdravlja, emocionalnog funkcioniranja, vitalnosti, mentalnog zdravlja i socijalnog funkcioniranje, koje su u korelaciji s fizičkim i psihičkim komponentama zdravlja (Bashkireva idr. 2018).

Gallè i suradnici su istraživali povezanost mogućih determinanti s razinama uključenosti starijih osoba u razne oblike tjelesne aktivnosti na području južne Italije. Istraživanje je uključivalo 383 osobe starije od 65 godina. Ispitanici su u prosjeku $476,2 \pm 297,8$ min/tjedno bili tjelesno aktivni, pri čemu su žene provele manje vremena u aktivnostima od muškaraca ($370,8 \pm 210$ naspram $555,2 \pm 334,3$ min/tjedno, $p=0,08$). Rezultati istraživanja su pokazali kako je dob povezana s vremenom provedenim u sjedilačkim aktivnostima. Pohađanje vjerskih ili rekreacijskih aktivnosti povezano je s umjerenom tjelesnom aktivnošću, te se razina obrazovanja pokazala pozitivno povezanom s tjelesnom aktivnošću, dok se posjedovanje psa kako kućnog ljubimca pokazalo kao prepreka za postizanje preporučene razine tjelesne aktivnosti (Gallè idr. 2020).

Baveći se pitanjem vježbanja kod starijih osoba postavlja se pitanje kako osim uključivanja starijih osoba u programe vježbanja, te iste osobe možemo i zadržati u programima, te kako utjecati na smanjenje odustajanja od vježbanja nakon što se starija osoba i uključi u program vježbanja. Na pragu toga su André i Agbangala u svom preglednom radu postavili istraživačko pitanje da li su kod aktivnih starijih osoba percipirane prepreke jednake kad žele započeti s vježbanjem kao i kada žele nastaviti vježbati. Autori navode kako u postojećoj literaturi nedostaju informacije o preprekama za aktivne starije osobe. Osim toga, navode kako većina postojeće literature uspoređuje samo aktivne ljude s neaktivnim ili sjedećim osobama bez detaljnog ispitivanja prepreka u vidu stupnja predanosti promjeni ponašanja. Autori također navode kako u dosadašnjim studijama koje su istraživale učinke barijera na odnos između faza promjene i ponašanja prilikom vježbanja nema dosljednosti u dobivenim rezultatima. Prvi cilj njihovog rada bio je usporediti prepreke koje utječu na promjene u fazama vježbanja s onima koje utječu na razine ponašanja vježbanja u zdravoj starijoj populaciji i čimbenicima koji mogu dovesti do recidiva ili odustajanja; drugi cilj rada je bio utvrditi u kojoj mjeri prepreke ometaju odnose između faza promjene i faze vježbanja. Rezultati provedenog preglednog istraživanja su pokazali kako su barijere dobro identificirane kod osoba sa sjedilačkim načinom života i unutar prva dva stupnja promjene (predkontemplacija i kontemplacija) u usporedbi s aktivnim starijim osobama i ostalim fazama promjene (priprema, djelovanje i održavanje). Na temelju dobivenih rezultata istraživanja do sad objavljenih radova, autori predlažu bavljenje novim perspektivama istraživanja kako bi se upotpunilo područje u kojemu su trenutno nedostatne recenzirane studije (André i Agbangala 2020).

Maula i suradnici su proveli kvalitativnu studiju o održavanju tjelesne aktivnosti kod starijih osoba. Studija se bazirala na činjenici kako je nedostatak tjelesne aktivnosti prepoznat kao globalni javnozdravstveni problem, čija je prevalencija sve veća i štetno utječe na obrazac bolesti u cijelom svijetu. U Ujedinjenom Kraljevstvu, starije osobe čine skupinu koja najviše sjedi, te samo 57% muškaraca i 52% žena u dobi od 65–74 godine i 43% muškaraca i 21% žena u dobi od 75–84 godine se dovoljno kreće u skladu s preporukama za tjelesnu aktivnost. Cilj studije je pružiti bolje razumijevanje ponašanja koja utječu na održavanja tjelesne aktivnosti kod starijih ljudi. Istraživanje je provedeno metodom intervju licem u lice. Ispitanici su bile odrasle osobe koje su završile jedan od dva programa vježbi snage i ravnoteže u sklopu ProAct65+: grupne (FaME) i vježbi kod kuće (OTAGO). U studiju je uključeno je pet ordinacija opće prakse u Nottinghamu i Derbyju, te su preko njih pozvane osobe u dobi od 65 godina i više koje su ispunjavale kriterije prihvatljivosti. Intervjui su

vođeni u domovima sudionika, istraživali su razine tjelesne aktivnosti prije i nakon vježbanja, percipirane zdravstvene koristi, facilitatore, prepreke i korištenje dodatne tehnologije u svrhu održavanja tjelesne aktivnosti. Ukupno je intervjuirano 15 sudionika iz svake intervencijske skupine. FaME skupinu činilo je 10 žena i 5 muškaraca, u dobi od 70–88 godina, a OTAGO skupinu je činilo 12 žena i 3 muškarca u dobi od 72–95 godina. Važne identificirane teme bile su fizički, društveni, psihološki i okolišni facilitatori i prepreke, te su uključivali povećanu fizičku autonomiju, uživanje, pozitivnu procjenu aktivnosti i fizičkih koristi, važnost socijalne interakcije, pozitivne povratne informacije, razvoj ponašanja koja se smatraju normalnima ili uobičajenima, motivaciju i samoučinkovitost. Neki su sudionici koristili tehnologije koje nisu bile uključene u izvorne intervencije, poput pedometara i pametnih telefona kako bi se motivirali. Dobiveni rezultati doveli su autore do zaključka kako niz modificirajućih čimbenika utječe na kontinuirano sudjelovanje u tjelesnoj aktivnosti po završetku programa vježbanja (Maula idr. 2019).

Forjaz i suradnici su 2015. godine proveli istraživanje o povezanosti kroničnih stanja, onesposobljenosti i kvalitete života kod starijih osoba s multimorbiditetima u Španjolskoj. Istraživanje je obuhvaćalo starije osobe u dobi od 65 godina ili više, s najmanje dva kronična zdravstvena stanja. Podatci su izvučeni su iz tri kohortne studije. Veličina uzorka bila je 705, 443, odnosno 4995 ispitanika. Za svaku kohortu analiziran je utjecaj sljedećih kroničnih zdravstvenih stanja: astma, rak, srčani, dijabetes, hipertenzija, poremećaji mentalnog zdravlja, osteoartikularna stanja i moždani udar. Mjere onesposobljenosti i kvalitete života varirale su ovisno o anketi. Rezultati su pokazali kako su starijih odraslih osoba s multimorbiditetom najzastupljenija stanja bila osteoartikularna (59,08%–67,80%) i hipertenzija (50,64%–60,03%). Prisutnost onesposobljenosti bila je značajno povezana s osteoartikularnim, dijabetesom ili poremećajima mentalnog zdravlja u većini skupina. Onesposobljenost, osteoartikularna stanja i poremećaji mentalnog zdravlja pokazali su najveći učinak na niži QoL od populacije. Autori su zaključili kako prisutnost onesposobljenosti i raznih kroničnih stanja ima negativan učinak na kvalitetu života starijih osoba pogođenih multimorbiditetom u Španjolskoj, te kako bi na temelju provedenog istraživanja intervencije javnog zdravstva i primarne zaštite usmjerene na integriranu skrb o starijim osobama s multimorbiditetom trebale posvetiti posebnu pozornost mentalnom zdravlju i osteoartikularnim stanjima (Forjaz idr. 2015, 176–181).

Li suradnici su istraživali kvalitetu života među osobama srednje i starije životne dobi koje žive u zajednici, s naglaskom kako je uloga funkcije značajnija od postojećih multimorbiditeta. U istraživanju su korišteni podatci iz provedene ILAS (I-Lan Longitu-

dinal Aging Study) longitudinalne studije, koja se provodila u periodu od kolovoza 2011 do lipnja 2014 na području Tajvana. Studija je obuhvaćala 1839 ispitanika. Funkcionalni status i HRQoL (kvaliteta života vezana za zdravlje) mjereni su Sustavom za mjerenje funkcionalne autonomije i 2. kineskom verzijom kratke zdravstvene ankete od 12 stavki. Loš HRQoL definiran je kao najniži kvintil sažetaka fizičkih i mentalnih komponenti (PCS i MCS). Istraživanje je pokazalo kako su multimorbiditet i funkcionalno oštećenje negativno povezani s PCS (physical component score) i MCS (mental component score). Prilagođeno za simptome depresije i kognitivnu izvedbu, funkcionalno oštećenje bilo je značajno povezano s lošom tjelesnom komponentom i mentalnom komponentom u HRQoL, ali su povezanosti bile beznačajne u multimorbiditetu. Li i suradnici su na temelju rezultata došli do zaključka kako među sredovječnim i starijim osobama koje žive u zajednici oštećenje fizičke funkcije ima veće štetne učinke nego multimorbiditet na HRQoL u tjelesnoj i mentalnoj domeni, te kako ti rezultati trebaju podsjetiti zdravstvene stručnjake i osobe zadužene za kreiranje politike da se u svrhu promicanja kvalitete života pozabave maksimiziranjem funkcioniranja kao i upravljanjem bolestima. Autori navode kako je potrebna provedba daljnje studije kako bi se procijenilo poboljšava li smanjenje funkcionalnih oštećenja HRQoL neovisno o multimorbiditetu (Li idr. 2021).

Becker i Arnold u 2004 godine proveli istraživanje zdravstveno promotivnih ponašanja kod građana Sjedinjenih Američkih Država, mlađe, srednje i starije životne dobi. Zdravstveno promovirajuća ponašanja su ispitana HPLP II upitnikom (Health Promoting Lifestyle Profile II – Zdravstveno promotivni model – Instrument za mjerenje životnog stila koji promiče zdravi način života), te su prikupljeni demografski podatci, koji su uključivali, dob, spol, bračni status, naobrazbu, zanimanje i etničku/rasnu pripadnost. Ispitanici (n=559) su podijeljeni u tri kategorije: mladi u dobi od 19–39 godine (n=232), srednje životne dobi od 40 do 59 godina (n=131) i starije životne dobi 60 do 90 godina (n=169). 263 ispitanice su bile žene (64,9%). 280 (50,1%) ispitanika je bilo u braku. Podjela po obrazovanju je bila: 91 (17,2%) srednjoškolska naobrazba, 239 (42,5%) koledž (viša škola), 74 (14,0%) post-koledž (fakultet), 111 (20,9%) magisterij i 14 (2,6%) doktorat. Istraživanje je pokazalo kako su starije odrasle osobe u Americi, sklonije zdravstveno promotivnom nego mlađe odrasle osobe, što je suprotno rezultatima istraživanja provedenog u Koreji. Rezultati također upućuju kako će se u zdravstveno promotivna ponašanja prije uključiti osobe koje svoje zdravlje percipiraju boljim. Stariji ispitanici su pokazali viši stupanj zdravstvene i nutricionističke odgovornosti od mlađih ispitanika, te su općenito također prokazali višu razinu ispitivanih zdravstveno promotivnih ponašanja (Becker i Arnold 2004, 835–844).

Aslan i suradnici su 2014 godine u Turskoj proveli istraživanje o povezanosti stavova prema starenju i zdravstveno promovirajućih ponašanja kod starijih osoba. Istraživanje je uključivalo 448 osoba starijih od 65 godina, bez kognitivnih poteškoća. Istraživanje je provedeno unutar 6 primarnih zdravstvenih centara u gradu Denizili (populacija 1005 687). U istraživanju je korišten upitnik o stavovima vezanim uz starenje (Attitudes to Aging Questionnaire i HPLP II upitnik). Rezultati su pokazali kako su se stavovi prema starenju, podskala psihološkog gubitka i obrazovanja pokazali statistički značajnim prediktorima zdravstveno promovirajućeg ponašanja. Stavovi prema starenju bili su najjači prediktor zdravstveno promovirajućih ponašanja. Na temelju dobivenih rezultata autori su zaključili kako je stav prema starenju čimbenik koji utječe na zdravstveno promovirajuća ponašanja, te ga se kao takvog treba uzeti u obzir tijekom intervencija koje za cilj imaju poboljšanje zdravstveno promotivnih ponašanja (Aslan idr. 2017).

Istražujući povezanost zdravstveno promovirajuća ponašanja i kvalitetu života povezanu sa zdravljem, Li i suradnici su u periodu od studenog 2014. do siječnja 2015. godine proveli istraživanje na 530 ispitanika starije životne dobi koji su bolovali od povišenog krvnog tlaka (504 ispitanika su ispunila upitnik). Za procjenu zdravstveno promotivnih ponašanja korišten je HLPL II upitnik, a za kvalitetu života povezanu zdravljem korišten je SF-36 upitnik. Rezultati su pokazali kako je zdravstveno promovirajući stil života među ispitanicima bio na umjerenj razini ($125,02 \pm 21$), s najvišim rezultatom za prehranu i najnižim rezultatom za odgovornost prema zdravlju. Kvaliteta života Požežana sa zdravljem među ovim starijim hipertenzivnim osobama je na umjerenj razini ($54,36 \pm 21,18$). Rezultat domene uloga i emocija bio je daleko ispod prosjeka, domena vitalnosti bila je malo ispod prosjeka, domene socijalnog funkcioniranja i općeg zdravlja bile su malo iznad prosjeka, a ostale domene bile su daleko iznad prosjeka. Nadalje, zdravstveno promovirajući stil života i kvaliteta života Povezana sa zdravljem bili su u pozitivnoj korelaciji ($P < 0,01$). Prema standardiziranim regresijskim koeficijentima, faktori utjecaja na kvaliteta života povezana sa zdravljem uključivali su (silaznim redoslijedom) odgovornost za zdravlje, tjelesnu aktivnost, međuljudske odnose, upravljanje stresom, duhovni rast i prehranu. I zdravstveno promovirajući stil života i kvaliteta života povezana sa zdravljem su kod ispitanika bili relativno loši. Na temelju dobivenih rezultata autori su došli do zaključka kako kod starijih osoba s hipertenzijom zdravstveno promovirajuće ponašanje predstavlja važan čimbenik koji utječe na kvalitetu života povezanu sa zdravljem, te kako bi se moglo utjecati na kvalitetu života povezanu sa zdravljem putem poboljšanja i promicanjem zdravstveno

promovirajućih ponašanja (kao što su odgovornost prema zdravlju i tjelesna aktivnost) (Li idr. 2018).

Zhu i suradnici su u svom istraživanju nastojali analizirati čimbenike koji utječu na zdravlje mladih starijih osoba, a s ciljem dobivanja referenci za poboljšanje zdravlja starijih osoba. Istraživanje je provedeno u novom urbanom području Šangaja, u zoni „M Distrikta“ koji se nalazi u urbano-ruralnom graničnom području. Do kraja 2014. godine u M distriktu je broj osoba starijih od 60 godina iznosio 282 290 (26,68% ukupne populacije), dok su na promatranom području osobe između 60 i 70 godina predstavljale 57,26% ukupnog broja starijih od 60 godina. Grad P se nalazi u krugu M Distrikta i dom je brojnim starijim osobama sa praznim gnijezdima² (eng. empty-nest) uvjetovanih migracijom brojnih mladih u centralna urbana područja. U istraživanju je podijeljeno 1000 upitnika, te su završno obrađena 984 upitnika. Za ispitivanje zdravstvenog stanja ispitanika korišten je upitnik SF-36, za ocjenu stope socijalne podrške upitnik socijalne podrške (Social Support Rate Score – SSRS), za procjenu samoeфикаsnosti Opća ljestvica samoučinkovitosti (General Self-Efficacy Scale – GSES), te je za procjenu zdravstveno promovirajućeg stila života HLPL II instrument. Rezultati istraživanja ukazuju kako mlade stare osobe u dobi od 60 do 70 godina u ovoj zajednici imaju visok morbiditet od kroničnih bolesti i nizak rezultat ispitivan SF-36, SSRS, GSES i HPLP II upitnicima. Spol, obrazovanje, brak, trenutni posao, ukupni rezultat socijalne podrške, ukupni opći rezultat samoučinkovitosti i ukupni rezultat promicanja zdravlja su faktori koji utječu na bodovanje SF-36. Brak, trenutni radni uvjeti, dob, ukupni rezultat socijalne podrške, ukupni rezultat ponašanja koja promiču zdravlje, vrsta posla, prisutnost kronične bolesti i broj djece u pozitivnoj su korelaciji s rezultatom SF-36 i mogu ga predvidjeti. Istraživanje je pokazalo kako je viši stupanj naobrazbe u korelaciji s višim rezultatom SF-36, razvedeni, udovci ili nevjenčani imali su niže ukupne rezultate od oženjenih, a razlika je bila statistički značajna ($P < 0,05$). Posao je imao gotovo isti utjecaj na zdravlje mladih starijih kao i obrazovanje, oni koji su još radili imali su više rezultate SF-36 od onih koji su u mirovini. Starije osobe koje žive same ili u domovima umirovljenika imaju niže rezultate SF-36 od ostalih skupina i razlika je statistički značajna ($P < 0,05$). Ispitanici su imali visoku stopu morbiditeta od 67,2% i stopu komorbiditeta od 61,2%. Osim za dimenziju emocionalnog funkcioniranja, ispitanici bez kroničnih bolesti su imali više ukupne rezultate SF-36 od onih s kroničnim bolestima, a razlika je bila statistički značajna ($P < 0,05$). Nadalje, zdravstvena odgovornost, prehrana, međuljudski odnos,

² Sindrom praznog gnijezda odnosi se prazan dom ili/i na tugu koju mnogi roditelji osjećaju kada im se djeca iseše iz kuće.

samoispunjenje, vježbanje i upravljanje stresom koji se pojavljuju kao dimenzije HPLP-II mogu donekle predvidjeti razine zdravlja, a povećanje razine zdravlja mogu utjecati na poboljšanje zdravstveno promovirajućih stilova života. Ispitanici s višim stupnjem samoefikasnosti imali su viši stupanj zdravlja. Rezultati su također ukazali kako su socijalna podrška, subjektivna podrška, objektivna podrška i ponašanja traženja potpore povezana s razinom zdravlja ispitanika (Zhu idr. 2022, 518–529).

Istražujući utjecaj edukacije zdravstveno promovirajućeg načina života na zdravstveno promovirajuće ponašanje kod postmenopauzalnih žena Rathnayake i suradnici su došli do zaključka kako je intervencija u obliku zdravstvene edukacije fokusirane na modifikacije zdravstveno promovirajućeg stila života učinkovita u poboljšanju pridržavanja zdravstveno promovirajućeg stila života, te pozitivno utječe na zdravstveni status postmenopauzalnih žena. Istraživanje na završetku uključivalo 37 žena u eksperimentalnoj skupini i 35 žena u kontrolnoj skupini. Edukacija eksperimentalne skupine se provodila u trajanju od 8 tjedana i uključivala je iskane materijale vezane uz zdravstveni odgoj. Istraživački tim koji je uključivao ginekologa, liječnika, nutricionista i sportskog liječnika je osmislio strukturu susreta, ciljeve, sadržaj i sadržaj i oblik nastavnih materijala. Svi edukacijski susreti su se odvijali u grupama od najviše 10 žena, trajali su sat vremena, 40 minuta za edukaciju i 20 minuta za zaključak i povratnu informaciju. Osim pruženih savjeta o prehrani i tjelesnim aktivnostima od ispitanica se tražilo i da provode dnevne vježbe opuštanja, poput 10 minutne meditacije, čitanja knjige, slušanja glazbe i sudjelovanja u vjerskim aktivnostima (Rathnayake idr. 2019).

Thomas i suradnici su istraživali povezanost oblika zdravstvenog ponašanja (pušenje, konzumacija alkohola, tjelesna aktivnost i unos voća/povrća), psihosocijalnih čimbenika koji su uključivali psihološke i društvene resurse (socijalna integracija, emocionalna podrška, percipirana kontrola, samopoštovanje, osjećaj koherentnosti i povjerenja) i psihološke čimbenike rizika (cinizam, vitalna iscrpljenost, beznade i depresivnost). Istraživanje je provedeno u Švedskoj u obliku presječnog istraživanja na slučajnom uzorku opće populacije, uključivalo je 1007 osoba u dobi od 45–69 godina, oba spola 50% žene. Rezultati su pokazali kako je 50% ispitanika imalo po dva za zdravlje rizična oblika ponašanja, te je 18% ispitanika imalo tri rizična oblika ponašanja. Autori su došli do zaključka kako je ispitivanje povezanost između širokog spektra psihosocijalnih i višestrukih zdravstveno rizičnih ponašanja ukazalo na značajnu povezanost za gotovo sve psihosocijalne čimbenike, te kako dobiveni rezultati podupiru važnost razmatranja psihosocijalnih aspekata

u intervencijama usmjerenim na promjenu zdravstvenog ponašanja, posebno za osobe s višestrukim zdravstvenim rizičnim ponašanjima (Thomas idr. 2020).

Hanawi i suradnici su 2020 godine proveli istraživanje na o utjecaju zdravog stila života na psihološku dobrobit studenata. U istraživanju je sudjelovalo 173 studenata. Rezultati su pokazali kako je 71,8% studenata nezdravog stila života, dok je 28,2% studenata umjereno zdravog stila života. 50,7% studenata je pod stresom, te je 46,8% studenata anksiozno. Istraživanje je ukazalo kako među studentima postoje značajne razlike u rezultatima ljestvice zdravog stila života. Rezultati istraživanja ukazuju kako učenici zdravstveno lošijeg načina života imaju veću razinu anksioznosti, depresije i stresa (Hanawi idr. 2020).

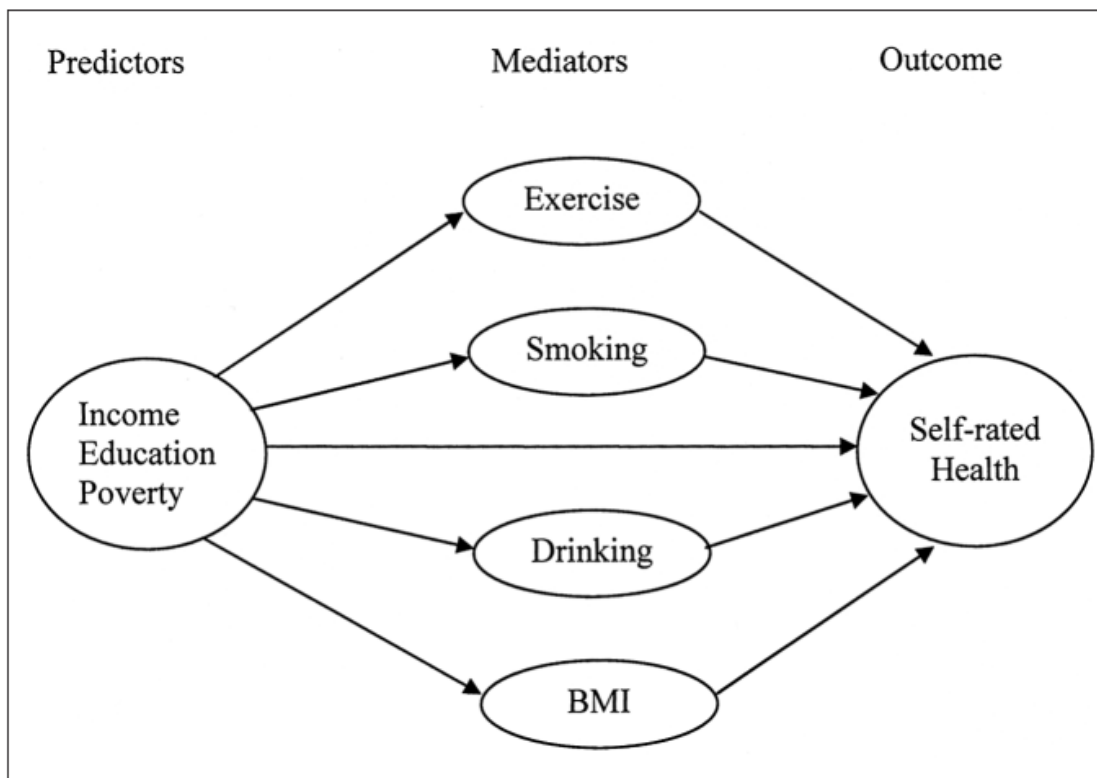
Istražujući trendove o vremenu provedenom baveći se tjelesnim aktivnostima i o općoj tjelesnoj kondiciji starijih Španjolaca Palacios-Ceña i suradnici su proveli istraživanje na temelju podataka prikupljenih putem Španjolskog Nacionalnog Zdravstvenog Istraživanja provedenog u periodu od 1987 do 2006 godine, 1987 (n=29,647), 1993 (n=20, 707), 1995–1997 (n=12,800). 2001 (n=21,058), 2003 (n=21,650), te tijekom 2006 (n=29,478), gdje je ukupni broj ispitanika u dobi od 65 godina i više uključenih u njihovu studiju iznosio 29,263. Glavne istraživane varijable su uključivale tjelesne aktivnosti u slobodno vrijeme i tjelesni fitnes ispitivanih osoba. Pomoću multivarijantnih logičkih regresijskih modela analizirane su socio-demografske karakteristike, samoprocjena zdravstvenog statusa, životne navike, te mogući komorbiditeti ispitanika. Dobiveni rezultati su pokazali kako žene za vrijeme slobodnog vremena rjeđe uključuju u tjelesne aktivnosti i fitnes tijekom nego muškarci ($P < 0,05$). Multivarijantna analiza sudjelovanja u tjelesnim aktivnostima po vremenskim periodima je pokazala pozitivan trend, te da se sudjelovanje u tjelesnim aktivnostima povećalo u vremenskom periodu od 1987 do 2006 ($P < 0,001$). Varijable koje su se pokazale kao povezane s rjeđim sudjelovanjem u tjelesnim aktivnostima su: dob ≥ 80 godina, 2 i više komorbiditeta kroničnih bolesti, te prekomjerna tjelesna težina. Istraživanje je također pokazalo kako su varijable povezane s nižim tjelesnim fitnessom uključivale: dob ≥ 80 , lošija samoprocjena zdravlja, 2 ili više lijekova, te prekomjerna tjelesna težina. Kao zaključak Palacios-Ceña i suradnici navode kako je vremenom španjolska starija populacija postala uključena u tjelesne aktivnosti. Starija životna dob, bračni status, komorbiditeti, prekomjerna tjelesna težina, te lošija samopercepcija zdravstvenog statusa su se mogli povezati uz slabiju uključenost u tjelesne aktivnosti. Autori navode kako se identifikacijom ovih otegotnih faktora može pomoći u identifikaciji osoba kojima prijeti rizik od smanjene tjelesne aktivnosti (Palacios-Ceña idr. 2011).

Gee i Muller su proveli sistemski pregled literature na temu utjecaja posjedovanja kućnog ljubimca i interakcija s ljubimcem na starije osobe. Njihov rad predstavlja raspravu o mogućim teorijskim objašnjenjima utjecaja životinja na ljudsko zdravlje i dobrobit starijih osoba, te pruža sustavni pregled i ocjenu postojećih istraživanja o temama interakcije između ljudi i životinja i fizičkog zdravlja i tjelovježbe, depresije i tjeskobe, te usamljenosti i društvenog funkcioniranja. Rad je obuhvatio 145 istraživanja. Autori kao zaključak navode da prikupljeni dokazi ukazuju kako postoji stvarni potencijal da kućni ljubimci povoljno utječu na zdravlje i dobrobit starijih osoba, ali baza dokaza nije jaka. Nadalje, kao i sa svim istraživanjima u području interakcije između životinja i ljudi, teško je odvojiti uzročnost. Utječu li kućni ljubimci pozitivno na zdravstveno stanje ili se zdravi ljudi odlučuju za kućne ljubimce? Ne znamo jesu li mnogi odnosi između vlasnika kućnog ljubimca i pozitivnih zdravstvenih ishoda posljedica samog posjedovanja kućnog ljubimca ili nekih drugih čimbenika odabira. Sveukupno, nalazi intervencijskih studija pružaju jače dokaze o utjecaju životinja na psihološke i bihevioralne ishode, jer intervencija se može eksperimentalno usporediti s kontrolnim uvjetima (Gee i Muller 2019, 183–207).

Istražujući kako različiti čimbenici načina života posreduju u odnosu između socioekonomskog statusa i zdravlja među sredovječnim i starijim odraslim osobama u Koreji. Kim je proveo istraživanje koristeći podatke iz Korejske longitudinalne studije starenja koja ispitala izravne učinke socioekonomskog statusa na samoocjenu zdravlja i kako čimbenici životnog stila posreduju u odnosima između socioekonomskog statusa i samoocjene zdravlja. Istraživanje je dalje testiralo razlikuju li se učinci socioekonomskog statusa i čimbenici načina života kako ljudi stare. Rezultati pokazuju kako više razine prihoda i obrazovanja, kao i to da osobe nisu u siromaštvu, predviđaju bolju samoocjenu zdravlja. Također, redovito vježbanje i smanjena tjelesna težina značajno posredovali u odnosu između obrazovanja i samoprocjene zdravlja, kao i između siromaštva i samoprocjene zdravlja. Siromaštvo i redovita tjelovježba imali su veći utjecaj na samoprocjenu zdravlja u starijoj nego u srednjoj dobi. Također je rastao utjecaj redovite tjelovježbe na samoocjenu zdravlja kako ljudi stare. Kim je zaključio kako to može biti zato što stariji Korejci mogu provoditi više vremena redovito vježbajući kad su u mirovini. U tom smislu, razvijanje raznovrsnih programa vježbanja za osobe srednje i starije dobi, posebno kada su u mirovini, može pomoći tim osobama u održavanju boljeg općeg zdravstvenog stanja. Status pušenja bio je značajan čimbenik za one u skupinama od 45–54 godine i 75 godina i starijima. Odrasle osobe srednje dobi, osobito muškarci, češće puše nego starije osobe odrasli, a svoje zdravlje i kvalitetu života vezanu uz zdravlje skloni su procijeniti

lošijima u usporedbi s nepušačima. Međutim, odnos između pušenja i samoprocjene zdravlja za one od 75 godina i više treba dodatno istražiti. Studija je pokazala da normalni konzumenti alkohola imaju bolju samoocjenu zdravlja od onih koji ne piju, bez obzira na dob. BMI je imao veći utjecaj na zdravlje kod osoba srednje životne dobi nego kod starijih odraslih. Provedeno istraživanje ukazuje na potrebu razmatranja jačanja politika borbe protiv siromaštva i programa vježbanja (Grafikon 8) (Kim 2011, 153–173).

Grafikon 8: Konceptualni model - Zdravlje kod osoba srednje i starije životne dobi



Izvor: Kim 2011, 153–173.

Shuval i suradnici su 2017. godine proveli pomoću akcelometra istraživanje povezanosti između visine prihoda i intenziteta tjelesne aktivnosti, na reprezentativnom uzorku odraslih osoba u Sjedinjenim Američkim Državama – SAD-u. Tijekom kratkog razdoblja od 2 dana („vikend ratnik”) i tijekom cijelog tjedna procijenili su odnose između godišnjeg prihoda kućanstva, sjedilačkog ponašanja, lagane i umjereno-jake tjelesne aktivnosti i ispunjavanja smjernica za tjelesnu aktivnost. Uzorak se sastojao od 5 206 odraslih sudionika Nacionalne ankete o zdravlju i pregledima (2003.–2006.) Ispitanici su nosili akcelerometre i ispunjavali

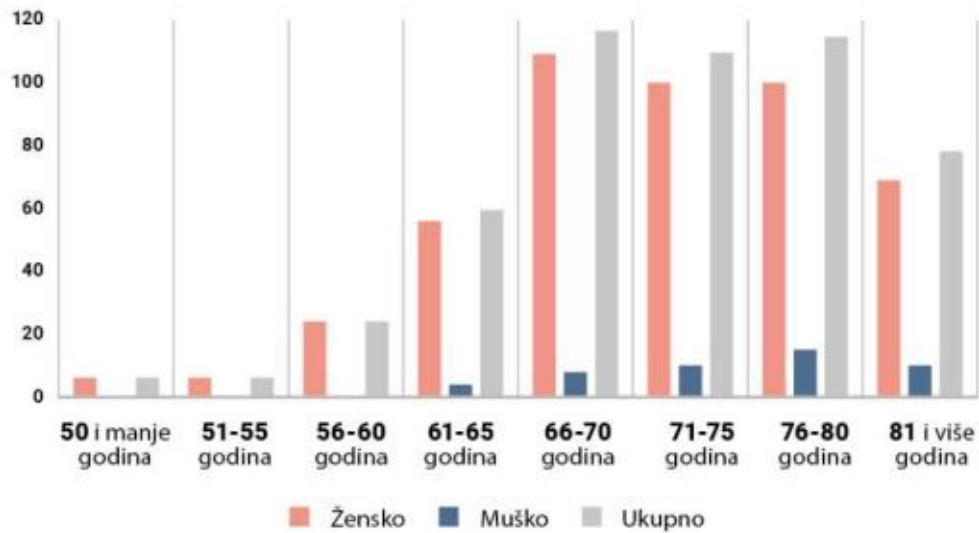
su upitnik. Rezultati su pokazali kako pojedinci s godišnjim prihodom od $\geq 75\ 000$ USD provode dnevno 4,6 minuta više u umjerenim do snažnim aktivnostima, u usporedbi s referentnom skupinom koja je imala manje od 20 000 USD godišnjeg prihoda. Ispitanici viših prihodovnih slojeva imaju 1,6 i 1,9 puta veću vjerojatnost ispunjavanja smjernica za tjelesnu aktivnost tijekom razdoblja od 2 odnosno 7 dana (respektivno) nego njihovi kolege s nižim prihodima. Osobe iz viših prihodovnog sloja su provodile 1,8 minuta više dnevno u sjedećem položaju od svojih kolega s nižim prihodima. Zaključno, viši godišnji prihod kućanstva povezan je s intenzivnijim, rjeđim (tjednim) obrascima tjelesne aktivnosti i više dnevnog sjedilačkog vremena (Shuval idr. 2017, 91–97).

Zarini suradnici su istražujući povezanost stila života sa samoprocijenom zdravlja proveli presječno istraživanje u sklopu programa „Living for Health Program“. Istraživanjem je bilo obuhvaćeno 1701 ispitanika u periodu od 2008–2012 godine. Rezultati istraživanja ukazuju kako su nizak unos voća i povrća i visok unos masti bili povezani s lošom/umjerenom samoprocjenom zdravlja, kod ispitanika oba spola. Lošija samoprocjena zdravlja povezana s niskom razinom tjelesne aktivnosti se pokazala kod žena, a žene su i imale nižu razinu tjelesne aktivnosti od muškaraca. Rezultati pokazuju kako spolne razlike mogu utjecati na osmišljavanje i primjenu intervencija promjene načina života, a s ciljem prevencije kardiovaskularnih bolesti (Zarini idr. 2014).

Podatci prikupljeni tijekom provedbe evaluacije rada gerontoloških centara Grada Zagreba u periodu od 2004. do 2018. godine pokazuju kako je prosječni korisnik gerontološkog centra osoba ženskog spola u dobi od 66 do 88 godina (Grafikon 9), ima završenu srednju školu, živi u samačkom kućanstvu, te su joj zdravstveni, društveni i edukativni motivi primarni za uključivanja u program gerontološkog centra (Grafikon 10).

Grafikon 9: Distribucija korisnika usluga Gerontoloških centara Grada Zagreba po dobi

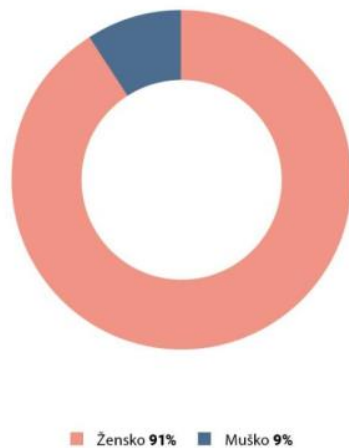
KORISNICI PREMA DOBI



Izvor: Grad Zagreb, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom 2021.

Grafikon 10: Distribucija korisnika usluga Gerontoloških centara Grada Zagreba po spolu

KORISNICI PO SPOLU



Izvor: Grad Zagreb, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom 2021.

Evaluacija je nadalje pokazala kako korisnici najviše sudjeluju u sportsko-rekreativnim aktivnostima i to u vježbama medicinske gimnastike. Istraživanje je ukazalo i kako postoji potražnja za većim brojem aktivnosti u području kulturno-zabavnih i radno kreativnih aktivnosti. Korisnici su se u najvećem broju informirali o grupnim aktivnostima u sklopu centra preko druge osobe starije životne dobi, dok su informacije o mogućnosti pomoći u kući najčešće primili preko stručnjaka.

Dobrobit provođenje programa podrške u lokalnoj zajednici je višestruka; snažni utjecaj sudjelovanja u aktivnostima na poboljšanje zdravlja, zadovoljstvo životom i društvenim životom. Korisnici smatraju aktivnosti u sklopu centra korisnima i interesantnima, a voditelje aktivnosti, stručnima i vrijednim povjerenja. Što se tiče lokacija i prostora u kojima se održavaju aktivnosti, pretežno su zadovoljni iako navode kako bi voljeli imati ponuđen širi raspon usluga i češće termine. Kao preporuke za unaprjeđenje navode, potrebu za povećanjem dostupnosti informacija o uslugama gerontološkog centra, razvoj i poticanje volonterstva među različitim dobnim skupinama, razvoj sustava praćenja korisnika i usluga gerontoloških centara, te unaprjeđenje kvalitete usluga putem fondova Europske unije (Grad Zagreb, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom 2021).

4 ISTRAŽIVAČKI DIO

4.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije s modelom istraživanja

Svrha disertacije je istražiti i utvrditi psihosocijalne čimbenike koji su povezani sa zdravstvenim statusom i očuvanjem kvalitete života kod starijih osoba koje sudjeluju u programima vježbanja gerontološkog centra Sveta Ana u Novom Zagrebu.

Cilj disertacije je:

10. Utvrditi postoji li povezanost između subjektivnog osjećaja zdravlja prema obrazovnom i socioekonomskom statusu ispitanika
11. Utvrditi koja su to ponašanja koja promiču zdravlje kod sudionika
12. Utvrditi utječe li veći broj kroničnih bolesti na samopercepciju zdravlja i kvalitete života
13. Utvrditi postoji li povezanost duljine sudjelovanja u programima vježbanja s percipiranom razinom socijalne podrške
14. Ispitati razinu kontrolnih vjerovanja vezanih uz zdravstvena ponašanja kod sudionika
15. Ispitati razinu tjelesne i mentalne komponente subjektivne kvalitete života kod sudionika
16. Provjeriti postoje li razlike u razini osjećaja kontrole; zdravim ponašanjima; te tjelesnoj i mentalnoj komponenti kvalitete života s obzirom na sociodemografske varijable: spol, dob, bračni status, obrazovanje i materijalni status sudionika
17. Ispitati povezanost osjećaja kontrole te različitih ponašanja koji promoviraju zdrav životni stil s tjelesnom i mentalnom komponentom kvalitete života (nakon kontrole sociodemografskih varijabli i objektivnog zdravstvenog statusa)
18. Ispitati postoji li medijacijski utjecaj ponašanja povezanih sa zdravim životnim stilom u objašnjavanju povezanosti između osjećaja kontrole i subjektivne kvalitete života

4.2 Istraživačka pitanja i hipoteze

Na osnovu dosadašnjih istraživanja i teorija, a u svrhu ovog istraživanja formulirana su slijedeća istraživačka pitanja:

1. Kakva je povezanost između duljine vježbanja i samopercepcije socijalne podrške kod ispitanika
2. Kakav je stupanj samoprocjene zdravlja kod ispitanika mjeren SF-36 upitnikom
3. Kakva je povezanost između subjektivnog osjećaja zdravlja s obrazovnim i socioekonomskim statusom
4. Koji su to oblici ponašanja koji promiču zdravlje kod ispitanika
5. Kakva je razlika po spolu s obzirom na razinu samopercepcije socijalne podrške ispitanika
6. Kako je lokus kontrole povezan sa zdravstvenim ponašanjem ispitanika, te imaju li osobe sa internim lokusom bolju samopercepciju zdravlja
7. Postoje li razlike u razini osjećaja kontrole; zdravim ponašanjima; te tjelesnoj i mentalnoj komponenti kvalitete života s obzirom na sociodemografske varijable: spol, dob, bračni status, obrazovanje i materijalni status sudionika
8. Kakva je povezanost između osjećaja kontrole te različitih ponašanja koji promoviraju zdrav životni stil s tjelesnom i mentalnom komponentom kvalitete života (nakon kontrole sociodemografskih varijabli i objektivnog zdravstvenog statusa)

Na temelju istraživačkih pitanja oblikovane su slijedeće hipoteze:

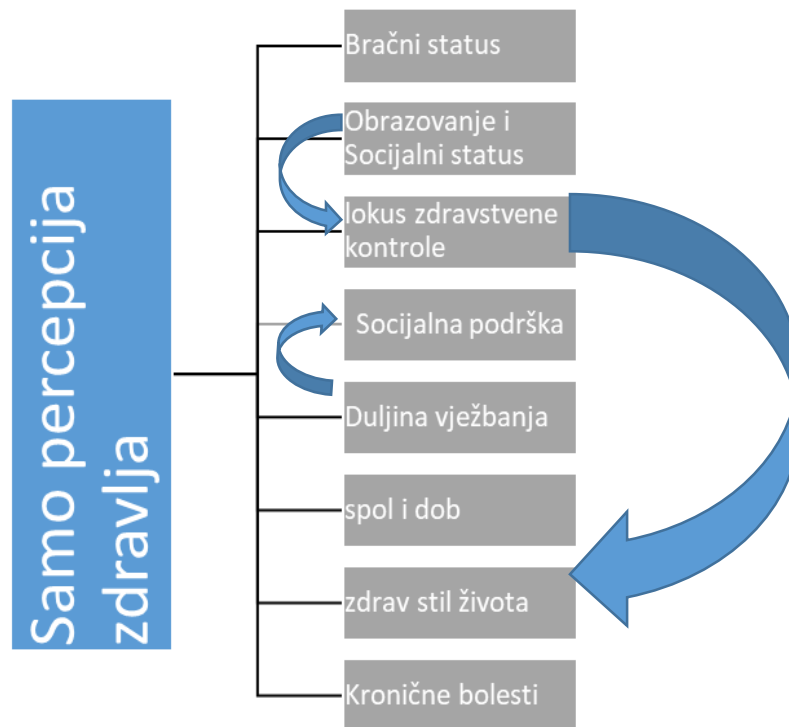
H1 – Postoji pozitivna korelacija između duljine sudjelovanja u programima vježbanja i samopercepcije socijalne podrške,

H2 – Stupanj samoprocjene zdravlja mjeren SF-36 upitnikom je značajno povezan s percepcijom socijalne podrške mjerenom ljestvicom za procjenu stupnja socijalne podrške

H3 – Spol i dob utječu na razinu samopercepcije socijalne podrške i zdravlja

H4 – Razina osjećaja kontrole utječe na zdravstveno ponašanje ispitanika

Grafikon 11: Model istraživanja



Izvor: Vlasti izvor 2018.

4.3 Istraživačka metodologija:

4.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka:

Instrumenti korišteni za prikupljanje podataka su bili: anketni strukturirani upitnik kreiran u svrhu ovog istraživanja, a koji se temelji na „Upitniku za osobe duboke starosti“, Centra za gerontologiju, Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba i sastoji se od tri skupine pitanja: opći dio, zdravlje i zdravstveni status i kvaliteta života, te uz pomoć standardnih upitnika „Upitnika za samoprocjenu zdravstvenog stanja SF-36“, „Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške“, „Upitnika zdravstvenog lokusa kontrole ZLK – 90 – 2“, „Zdravstveno promotivni model – Instrument za mjerenje životnog stila koji promiče zdravi način života (HLPL II)“ (Verzija za odrasle).

4.3.2 Opis instrumenata:

SF-36 Short form health survey-36

SF-36 je poznat i često primjenjivan upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja. Hrvatska verzija SF-36 upitnika bila je licencirana u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ 1992. godine kao dio projekta „Tipping the balance Towards Primary Healthcare network“. Hrvatska verzija upitnika u potpunosti odgovara svim potrebnim psihometrijskim kriterijima pouzdanosti i valjanosti, te se upitnik SF-36 može koristiti kao valjani i pouzdani instrument u istraživanju subjektivnog zdravlja populacije. SF-upitnik je često primjenjivani i dobro poznat višenamjenski upitnik za samoprocjenu zdravstvenog stanja koji se sastoji iz 36 pitanja (čestica). Upitnik zdravstvenog statusa SF-36 pokriva osam dimenzija zdravlja: fizičko funkcioniranje (10 pitanja), ograničenja zbog fizičkih poteškoća (4 pitanja), tjelesni bolovi (2 pitanja), opće zdravlje (5 pitanja), socijalno funkcioniranje (2 pitanja), ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (3 pitanja), mentalno zdravlje (5 pitanja) i osjećaj vitalnosti (4 pitanja). Pojedini odgovori na svaku od čestica različito se boduju prema unaprijed utvrđenim empirijskim normama. Čestica koja se odnosi na promjenu zdravlja prikazuje se odvojeno, distribucijom frekvencija. Upitnik SF-36 reprezentira teorijski utemeljenu i empirijski provjerenu operacionalizaciju dva generalna koncepta zdravlja kao što su tjelesno (fizičko funkcioniranje, ograničenja zbog fizičkih poteškoća, tjelesni bolovi percepcija općeg zdravlja) i mentalno zdravlje (ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, socijalno funkcioniranje, psihičko zdravlje, energija i vitalnost), te dvije njegove općenite manifestacije, funkcioniranje i dobrobit. Upitnik sadrži četiri vrste skala. One se odnose na slijedeće procjene zdravlja: funkcioniranje na ponašajnoj razini, percipiranu dobit, socijalni život i ostvarenje različitih životnih uloga i osobnu percepciju ukupnog zdravlja. Rezultati se izražavaju kao standardizirana vrijednost u rasponu od 0 do 100 za svaku dimenziju. Niski rezultati pokazuju smanjenu i ograničenu funkcionalnost, postojanje bolova i lošiju procjenu zdravlja. Visoki rezultati odražavaju dobru procjenu zdravlja, bez bolova i bez funkcionalnih ograničenja (Ware idr. 1993; Vadla 2011, 20–21; Vuletić, 2013).

Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške

Ljestvica sadrži 8 pitanja kojima se ispituje percipirana socijalna podrška bliskih osoba. Ljestvica pruža četiri razine odgovora 1- nikad, 2- ponekad, 3- često i uvijek. Ukupan rezultat formira se kao jednostavna linearna kombinacija. Minimalni rezultat iznosi 8, a maksimalni 32 (Abbey idr. 1985, 111–129).

Upitnik zdravstvenog lokusa kontrole ZLK – 90 – 2

Upitnik služi za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja, te je primarno namijenjen ispitivanju individualnog vjerovanja u različite unutarnje i vanjske čimbenike koji djeluju ili mogu djelovati na zdravlje pojedinaca, te u istraživačke svrhe. Zasniva se na pretpostavci kako zdravstveno ponašanje pojedinca djelomično ovisi o njegovom vjerovanju da li i koliko njegovo zdravlje ovisi o njegovom vlastitom ponašanju, a koliko o različitim čimbenicima na koje ne može izravno utjecati (Krizmanić, Szabo 1994). Teorijsko ishodište čini Rotterova teorija socijalnog učenja. Jedan od osnovnih konstrukata u toj teoriji je konstrukt o internalnoj odnosno eksternalnoj kontroli potkrepljenja (Rotter 1966; Krizmanić, Szabo 1994). Upitnik ispituje vjerovanja vezana uz osobno zdravlje i faktore koji na njega utječu. Obuhvaća 4 skale, 3 skale ispituju vjerovanja pojedinca vezana uz vanjske čimbenike koji utječu na zdravlje, a četvrta skala ispituje vjerovanja o osobnim (unutarnjim) čimbenicima. Upitnik se sastoji od 32 pitanja (svaka skala 8). Odgovori se boduju, bodovima od 1-4, te je maksimalni broj bodova po određenoj skali 32 boda. Upitnik je prilagođen našoj populaciji, te se izbor čestica i njihovo grupiranje u četiri skale osniva se na analizi čimbenika za koje se u našoj sredini vjeruje da djeluju na zdravlje pojedinaca. Zbog toga ZLK-90 sadrži pitanja koja se odnose na veći broj čimbenika od skala izrađenih od strane Wallstona i suradnika (Wallston idr, 178, 160–170). Za mjerenje eksternalnosti uz skalu za ispitivanje vjerovanja u utjecaj 1) slučaja, sreće, sudbine 2) važnih osoba dodana i treća skala koja sadrži pitanja o različitim okolišnim prilikama i čimbenicima za koje pojedinac može vjerovati da utječu na njegovo zdravlje. Skali je za ispitivanje vjerovanja o ovisnosti zdravlja o slučaju, sudbini ili sreći dodana su pitanja vjerovanja u Boga i Božju volju, a kod skale koja ispituje vjerovanja u utjecaj važnih drugih osoba dodana su i pitanja o vjerovanju učinkovitosti bioenergetičara i travara (Krizmanić, Szabo 1994, Petriček idr. 2008).

Zdravstveno promotivni model – Instrument za mjerenje životnog stila koji promiče zdravi način života (HLPL II)

Upitnik su razvili Walker, Sechrist i Pender, a koristi se za ispitivanje ponašanja koja promiču zdravlje. Sastoji se od 52 čestice podijeljene u šest podskupina koje mjere ponašanje u teoretskim dimenzijama koje promiču zdravlje: duhovni rast, međuljudski odnosi, prehrana, tjelesna aktivnost, zdravstveno odgovorno ponašanje i nošenje sa stresom. Duhovni rast uključuje postizanje samoaktualizacije i ispunjenja, međuljudski odnosi se bave održavanjem odnosa koji uključuju osjećaj intimnosti i bliskosti, prehrambene navike uključuju uspostavljanje obrazaca obroka i odabir hrane, tjelesna aktivnost uključuje

pridržavanje redovitih obrazaca vježbanja, zdravstvena odgovornost uključuje važnost poboljšanja zdravlja pojedinca i zdravlja drugih i nošenje sa stresom uključuje prepoznavanje izvora stresa, te poduzimanje radnji za kontrolu stresa i postizanje opuštanja. Odgovori se boduju po principu ljestvice likertovog tipa od 4 boda, te za svaku tvrdnju postoje 4 izbora, bodovana od 1 do 4. 1- nikad, 2 –ponekad, 3 – često i 4 – rutinski (Walker idr. 1995; Mašina idr. 2017) .

4.3.3 Opis uzorka

Istraživanje se provelo na području Novog Zagreba na koje se velika većina stanovnika doselila iza 60 godina prošlog stoljeća, te su odlaskom u mirovinu izgubili veliki dio svojih socijalnih veza. Kao problem istraživanja javlja se razina povezanosti socijalne podrške s duljinom uključenosti ispitanika u programe vježbanja. Povezanost zdravih životnih navika s percepcijom kvalitete života vezane uz zdravlje, te povezanost percepcije kvalitete života s psihosocijalnim čimbenicima i izvorom kontrole zdravlja.

Uzorak ispitanika predstavlja 200 umirovljenika s područja Novog Zagreba koji sudjeluju u programima vježbanja Gerontološkog centra Sv. Ana. Gerontološki centar Sv. Ana ima 5 lokacija u Novom Zagrebu gdje se vježbe već 10 godina održavaju dva puta tjedno. U istraživanju se koristila kvantitativna metodologija. Anketni upitnik je anonimn i ispitivanje se odvijalo na dobrovoljnoj bazi. Za popunjavanje upitnika trebalo se odvojiti oko 30 minuta po ispitaniku.

4.3.4 Opis obrade podataka

Za sve kvantitativne varijable izračunati su deskriptivni parametri: aritmetička sredina, standardna devijacija, medijan, interkvartilni raspon. U deskriptivnom dijelu zasebno su prikazani podatci za svih 5 upitnika (anketnog strukturiranog upitnika, upitnik zdravstvenog lokusa kontrole, ljestvice za procjenu stupnja socijalne podrške, SF-36 i HLPL II). Podatci su prikazani tablično, odnosno grafički pomoću dijagrama. Normalitet distribucije se testirao Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testom. Za kategorijalne varijable spol, obrazovanje, bračni status proveli su se neparametrijski postupci. Za potvrdu prve hipoteze kod utvrđivanja pozitivne korelacije između duljine sudjelovanja u programima vježbanja Gerontološkog centra i samopercepcije socijalne podrške koristio se Kruskal Wallis test. Kod druge hipoteze stupanj samoprocjene zdravlja mjerene SF-36 upitnikom i njegove povezanosti s percepcijom socijalne podrške mjerene ljestvicom za procjenu stupnja socijalne podrške koristio Spearmanov koeficijent korelacije. Za treću hipotezu utjecaj spola i dobi na razinu samopercepcije socijalne podrške i zdravlja primijenio se neparametrijski Kruskal Wallis test. Kod četvrte hipoteze za ispitivanje razine utjecaja osjećaja kontrole na zdravstveno ponašanje ispitanika koristio se Spearmanov koeficijent korelacije.

5 REZULTATI

Ispitano je dvjesto umirovljenika (N=200) korisnika programa vježbanja Gerontološkog centra Sveta Ana u Novom Zagrebu. Istraživanje je pokazalo kako u programima vježbanja sudjeluju većinom žene 95,0 % (N=190). Budući je samo 5 % (N=10) muškaraca pristupilo istraživanju, nije se radila analiza po spolu. Nadalje su prikazane karakteristike ispitanika po stupnju naobrazbe (Tabela 4 i Grafikon 12).

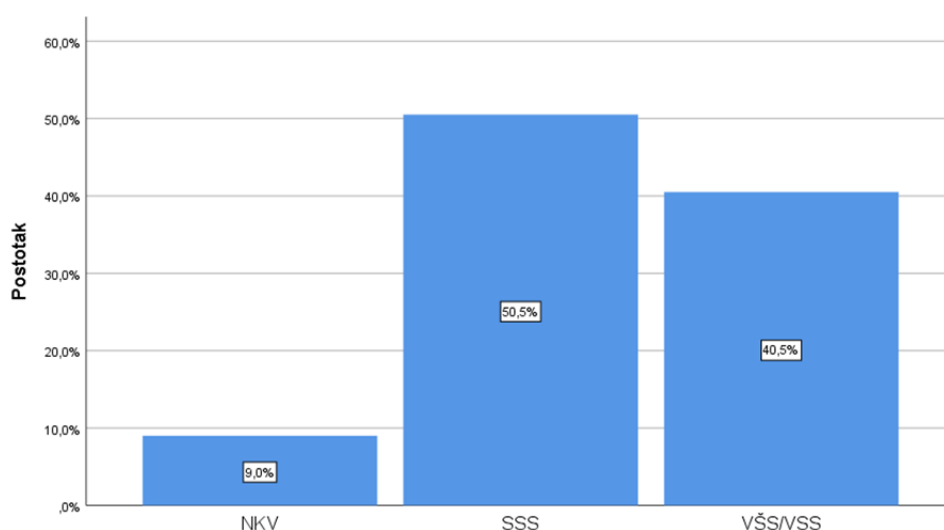
Tabela 4: Prikaz distribucije ispitanika po naobrazbi na uzorku od N=200

		N	%
Naobrazba	NKV	18	9,0%
	SSS	101	50,5%
	VŠS/VSS	81	40,5%
	Ukupno	200	100,0%

N – uzorak, NKV- bez škole ili sa završenom osnovnom školom, VŠS/VSS – sa završenom višom školom, fakultetom, magisterijem ili doktoratom

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 12: Prikaz distribucije ispitanika po naobrazbi na uzorku od N=200



NKV- bez škole ili sa završenom osnovnom školom, VŠS/VSS – sa završenom višom školom, fakultetom, magisterijem ili doktoratom

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Podjelom po naobrazbi ispitanika najmanji broj ispitanika, samo njih 9,0 % (N=18) ima nižu stručnu spremu, 50,5 % (N=101) ispitanika ima srednju stručnu spremu dok 40,5 % (N=81) ispitanika ima višu ili visoku stručnu spremu.

Ispitanici su podijeljeni po sociodemografskim pokazateljima, dobi, spolu, radnom stažu i zanimanjima prije umirovljenja (Tabela 5, Grafikon 13, 14 i 15).

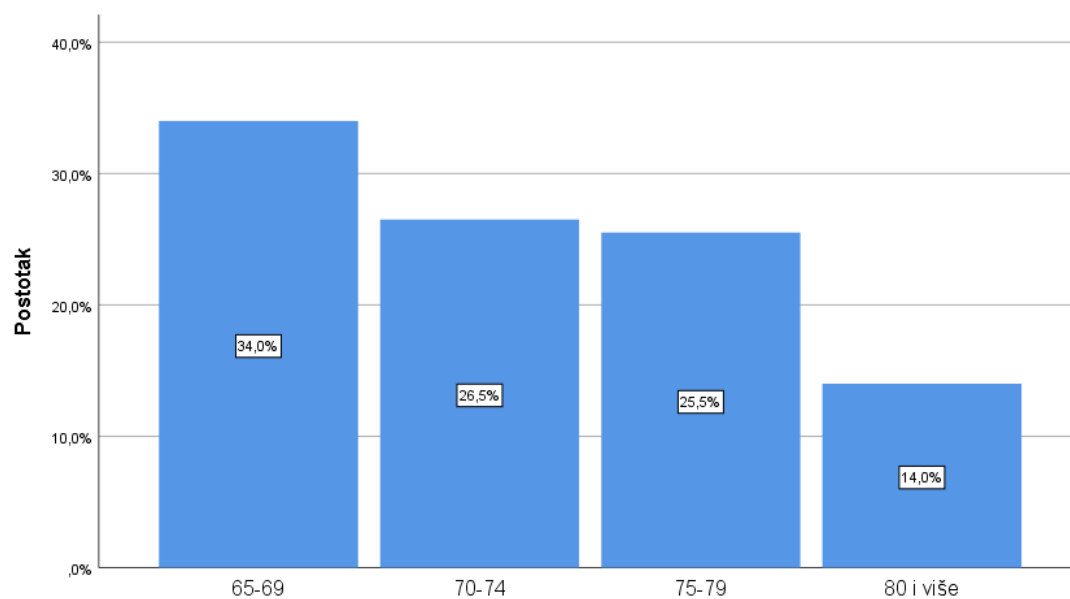
Tabela 5: Prikaz distribucije ispitanika po sociodemografskim pokazateljima (dob, spol, radni staž, zanimanje prije umirovljenja) na uzorku od N=200

		N	%
Dob	65-69	68	34,0%
	70-74	53	26,5%
	75-79	51	25,5%
	80 i više	28	14,0%
	Ukupno	200	100,0%
Spol	muški	10	5,0%
	ženski	190	95,0%
	Ukupno	200	100,0%
Radni staž	0-30	44	22,0%
	31-39	120	60,0%
	40 i više	36	18,0%
	Ukupno	200	100,0%
Zanimanje/specijalnost prije umirovljenja ³	Čelnici i članovi zakonodavnih tijela, čelnici i dužnosnici državnih tijela, direktori	1	0,5%
	Stručnjaci i znanstvenici	48	24,0%
	Inženjeri, tehničari i srodna zanimanja	39	19,5%
	Uredski i šalterski službenici	64	32,0%
	Uslužna i trgovačka zanimanja	17	8,5%
	Poljoprivredni, lovno-uzgojni, šumski i ribarski radnici	0	0,0%
	Zanimanja u obrtu i pojedinačnoj proizvodnji	17	8,5%
	Rukovatelji strojevima, vozilima i sastavljači proizvoda	0	0,0%
	Jednostavna zanimanja	13	6,5%
	Vojna zanimanja	0	0,0%
	Kućanica	1	0,5%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

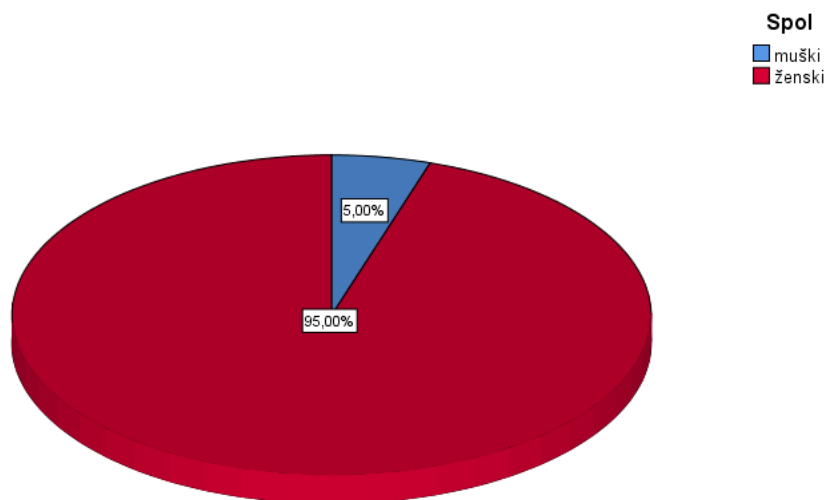
³ Zanimanja u upitniku su klasificirana s skladu s “nacionalnom klasifikacijom zanimanja” <https://zakon.poslovna.hr/public/nacionalna-klasifikacija-zanimanja/16523/zakoni.aspx>

Grafikon 13: Prikaz distribucije ispitanika po dobi na uzorku od N=200



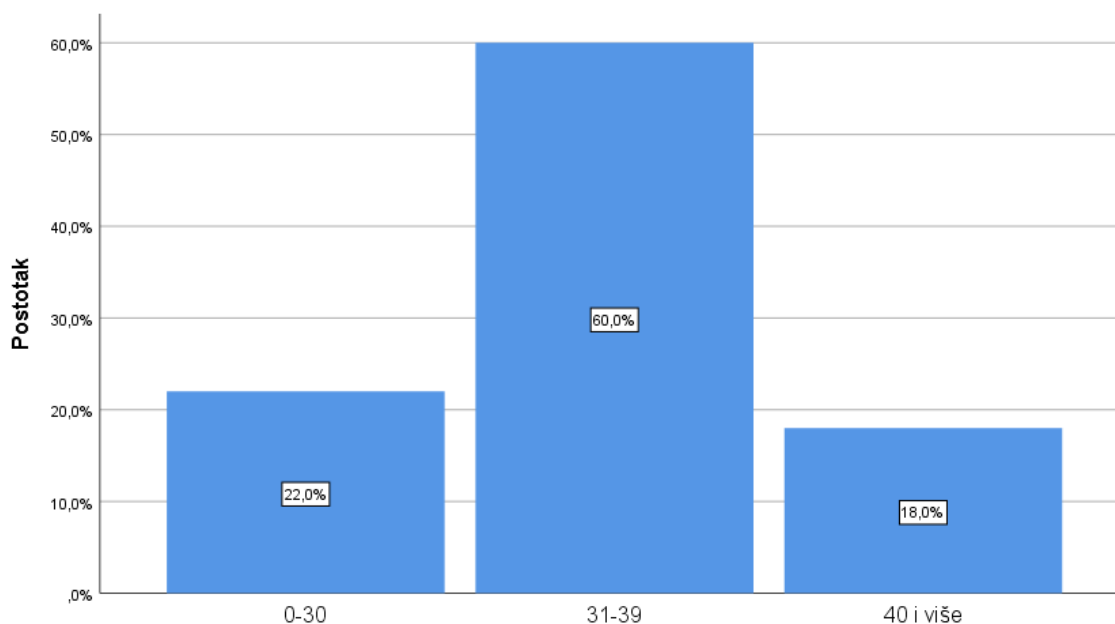
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 14: Prikaz distribucije ispitanika po spolu na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 15: Prikaz distribucije ispitanika po radnom stažu na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod distribucije ispitanika po *dobi*, najmlađi su ispitanici imali 65 godina, a najstariji je imao 86 godina. Najveći broj ispitanika, njih 34,0 % (N=68) bio je u dobi od 65 do 69 godina, 26,5 % (N=53) ispitanika bilo je u dobi od 70 do 74 godine, 25,5 % (N=51) u dobi od 75 do 79 godina, a najmanji je broj ispitanika, njih 14,0 % (N=14) bio u najstarijoj skupini, u dobi od 80 godina i više.

Podjelom ispitanika *po spolu*, 95 % (N=190) ispitanica bile su žene dok su samo 5 % ispitanika bili muškarci.

Pogleda li se *duljina ostvarenoga radnog staža* ispitanika, najveći broj ispitanika, njih 60,0 % (N=120) ima između 31 i 39 godina radnoga staža, zatim slijedi 22,0 % (N=44) ispitanika s 0 do 30 godina radnoga staža, a najmanji broj ispitanika, njih 18,0 % (N=36) ima 40 i više godina radnoga staža.

Podjelom *po zanimanjima* najveći broj ispitanika, njih 32,0 % (N=64) prije umirovljenja radilo je uredske poslove, nakon toga slijede stručnjaci i znanstvenici, njih 24,0 % (N=48), 19,5 % (N=39) bilo je zaposleno na radnim mjestima inženjera, tehničara i srodnih zanimanja, a samo je jedna ispitanica bila kućanica.

Nadalje je kod ispitanika ispitana dob kod zaposlenja i odlaska u mirovini (Tabela 6).

Tabela 6: Prikaz distribucije ispitanika po godini zaposlenja i odlaska u mirovinu na uzorku od N=200

		S koliko godina ste se zaposlili	S koliko godina ste otišli u mirovinu
N	Valjanih	198	199
	Nedostaje	2	1
\bar{x}		21,12	55,95
Sd		3,628	5,859
Min		15	30
Max		40	72

\bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija, Min-najranija dob, Max- najkasnija dob

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *S koliko ste se godina zaposlili* može se uočiti kako aritmetička sredina iznosi 21,12 uz standardnu devijaciju 3,628; kod pitanja *S koliko ste godina otišli u mirovinu* aritmetička sredina iznosi 55,95 uz standardnu devijaciju 5,859. Najranija navedena dob zaposlenja iznosi 15 dok najstarija dob zaposlenja iznosi 40 godina. Najranija je dob odlaska u mirovinu 30 godina, a najkasnija dob odlaska u mirovinu 72 godine.

Ispitana je percepcija ispitanika o fizičkom, psihološkom i intelektualnom naporu na poslu (Tabela 7).

Tabela 7: Prikaz distribucije ispitanika po naporu na poslu na uzorku od N=200

		N	%	\bar{x}	Sd
Koliko je fizički bio naporan Vaš posao	lagan	55	27,5%		
	srednje težak	124	62,0%		
	težak	21	10,5%		
	Ukupno	200	100,0%	1,83	,59
Koliko je psihološki bio naporan Vaš posao	lagan	9	4,5%		
	srednje težak	155	77,5%		
	težak	36	18,0%		
	Ukupno	200	100,0%	2,13	,46
Koliko je intelektualno bio naporan Vaš posao	lagan	8	4,0%		
	srednje težak	163	81,5%		
	težak	29	14,5%		
	Ukupno	200	100,0%	2,11	,42

N-uzorak, %- postotak, \bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na pitanje *Koliko je fizički bio naporan Vaš posao* najveći je broj ispitanika 62,0 % (N=124) odgovorio da im je fizički posao bilo srednje težak, 27,5 % (N=55) ispitanika odgovorilo je kako im fizički posao bilo lagan dok je najmanji broj ispitanika, njih 10,5 % (N=21) odgovorilo da im je fizički posao bio težak. Na pitanje *Koliko je psihološki bio naporan Vaš posao* najveći broj ispitanika 77,5 % (N=155) odgovorio je da im je psihički posao bio srednje težak, 18,0 % (N=36) odgovorilo je kako im je psihički posao bilo težak dok je najmanji broj ispitanika, njih 4,5 % (N=9) odgovorilo da im je psihički posao bio lagan. Na pitanje *Koliko je intelektualno bio naporan Vaš posao* najveći broj ispitanika 81,5 % (N=163) odgovorio je da im je intelektualno posao bilo srednje težak, 14,5 % (N=29) odgovorilo je kako im je intelektualno posao bio težak dok je najmanji broj ispitanika, njih 4,0 % (N=8) odgovorilo kako im je intelektualno posao bio lagan. Iz priložene Tabele 7 može se uočiti kako je posao na kojem su ispitanici radili bio u najvećoj mjeri psihološki naporan ($\bar{x}=2,13$) i intelektualno naporan ($\bar{x}=2,11$) dok je u najmanjoj mjeri bio fizički naporan ($\bar{x}=1,83$).

Ispitani su socioekonomski pokazatelji ispitanika, pitanjima vezanim uz samoprocjenu materijalnoga stanja, postojanja dodatnih prihoda i oblika kućanstva (Tabela 8, Grafikon 16, 17 i 18).

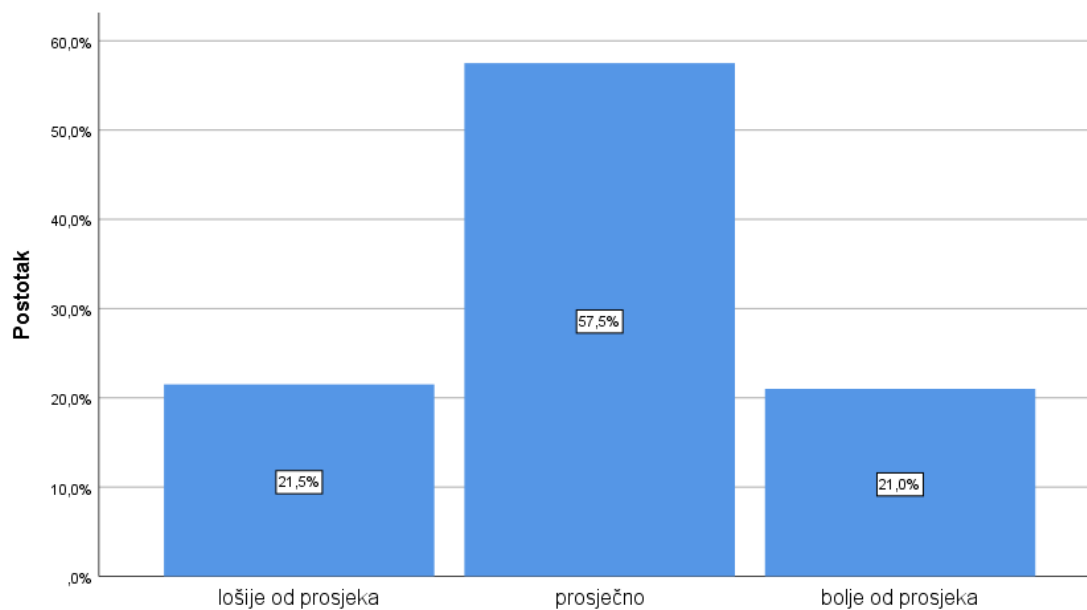
Tabela 8: Prikaz distribucije ispitanika po socioekonomskim pokazateljima na uzorku od N=200

		N	%
Kako procjenjujete svoje materijalno stanje	lošije od prosjeka	43	21,5%
	prosječno	115	57,5%
	bolje od prosjeka	42	21,0%
	Ukupno	200	100,0%
Imate li drugi stalni prihod osim mirovine	ne	184	92,0%
	da	16	8,0%
	Ukupno	200	100,0%
S kim živite u kućanstvu	Sam/a	91	45,5%
	S partnerom	72	36,0%
	S širom obitelji	37	18,5%
	Ukupno	200	100,0%

N-uzorak, %- postotak

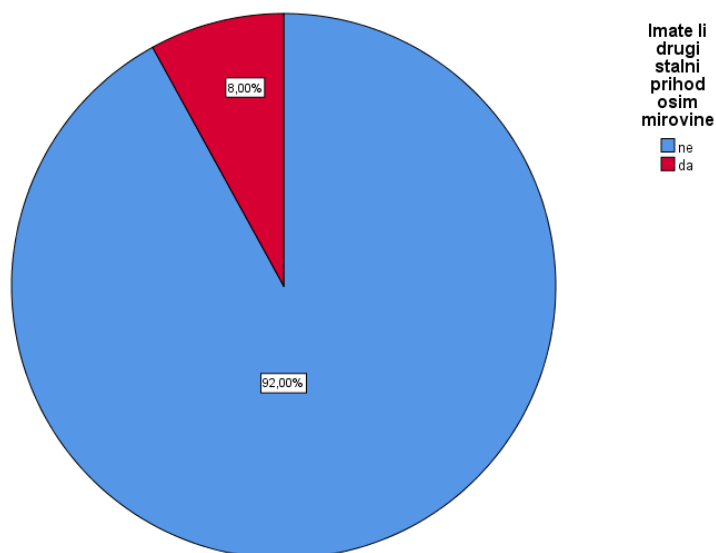
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 16: Prikaz distribucije ispitanika po samoprocjeni materijalnog stanja na uzorku od N=200



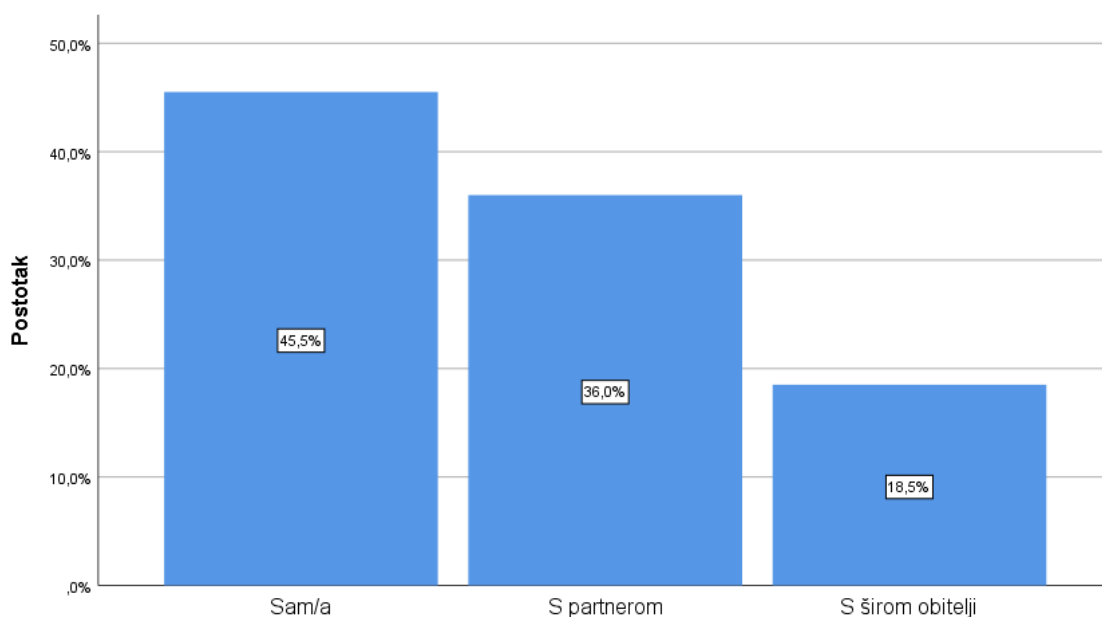
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 17: Prikaz distribucije ispitanika po izvoru dodatnog prihoda osim mirovine na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 18: Prikaz distribucije ispitanika po obliku kućanstva na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na pitanje *Kako procjenjujete svoje materijalno stanje* 21,5 % (N=43) navodi lošije od prosjeka, većina ispitanika, njih 57,5 % (N=115) navodi prosječno dok 21,0 % (N=42) navodi bolje od prosjeka. Kod pitanja *Imate li drugi stalni prihod osim mirovine* 92,0 % (N=184) ispitanika navodi ne, samo 8 % (N=16) ispitanika ostvaruje dodatni prihod uz mirovinu dok na pitanje *S kim živite u kućanstvu* većina ispitanika, njih 45,5 % (N=91) navodi sam/a, 36,0 % (N=72) navodi s partnerom dok najmanji broj ispitanika, njih 18,5 % (N=37) navodi sa širom obitelji.

Nadalje ispitanici su ispitani o broju potomaka, (Tabela 9).

Tabela 9: Prikaz distribucije ispitanika po broju potomaka na uzorku od N=200

		N	%	\bar{x}	Sd
Navedite broj biološke djece	0	24	12,0%		
	1	45	22,5%		
	2	113	56,5%		
	3	13	6,5%		
	4	2	1,0%		
	6	2	1,0%		
	8	1	0,5%		
	Ukupno	200	100,0%	1,69	1,03
Navedite broj posvojene djece	0	199	99,5%		
	3	1	0,5%		
	Ukupno	200	100,0%	,02	,21
Navedite broj pastorčadi	0	195	97,5%		
	1	3	1,5%		
	2	1	0,5%		
	4	1	0,5%		
	Ukupno	200	100,0%	,04	,34
Navedite broj unučadi	0	49	24,5%		
	1	32	16,0%		
	2	45	22,5%		
	3	31	15,5%		
	4	25	12,5%		
	5	11	5,5%		
	6	3	1,5%		
	8	2	1,0%		
	9	1	0,5%		
	11	1	0,5%		
	Ukupno	200	100,0%	2,12	1,88
Navedite broj praunučadi	0	186	93,0%		
	1	8	4,0%		
	2	4	2,0%		
	3	2	1,0%		
	Ukupno	200	100,0%	,11	,45

N-uzorak, %- postotak, \bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Ispitanici prosječno imaju 1,69 biološke djece uz standardnu devijaciju 1,03, pri čemu najviše ispitanika ima dvoje djece 56,5 % (N=113) i jedno dijete 22,5 % (N=45), a samo 9,0 % (N=18) ispitanika ima 3 ili više djece. Prosječan broj unučadi iznosi 2,12 uz standardnu devijaciju 1,88. Najveći broj ispitanika 24,5 % (N=49) nema unučad, slijede ispitanici s dvoje unučadi 22,5 % (N=45), s jednim unukom 16,0 % (N= 32), s troje 15,5 % (N=31), s četvero 12,5 % (N=25), 5,5 % (N=11) s petero unučadi te samo 3,5 % (N=7) ima šestero ili više. Kategorije posvojene djece, pastorčadi i praunučadi vrlo su slabo zastupljene.

Ispitani su način provođenja slobodnog vremena, moguće poteškoće s tjelesnim aktivnostima i duljina vježbanja u sklopu gerontološkog centra (Tabela 10, Grafikon 19 i 20).

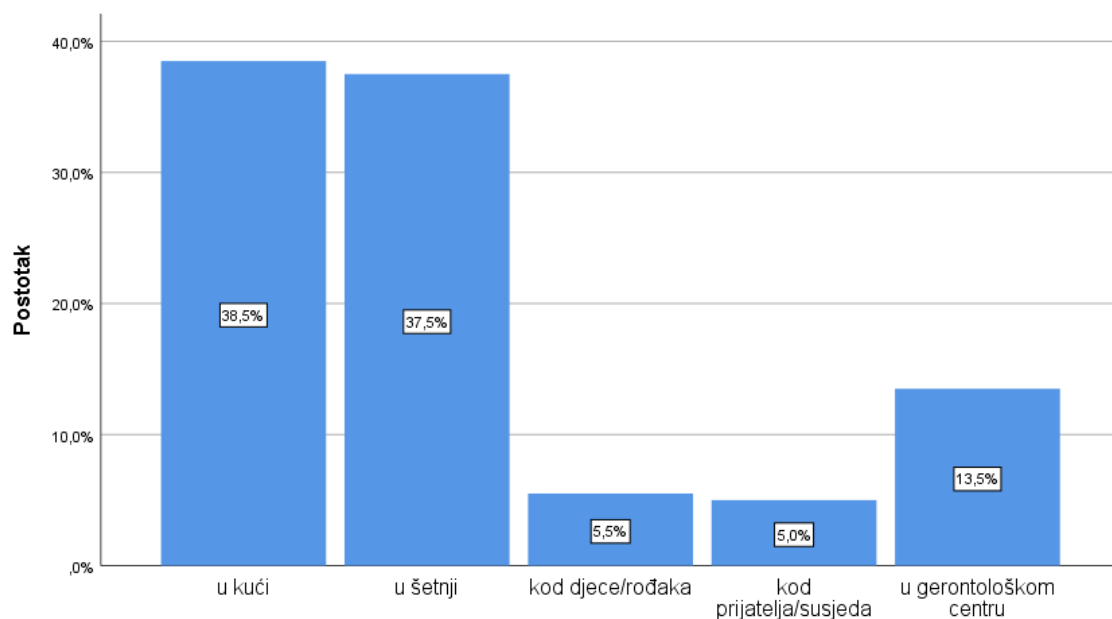
Tabela 10: Prikaz distribucije odgovora ispitanika vezanih uz slobodno vrijeme, poteškoće s tjelesnim aktivnostima i uključenošću u vježbanje u sklopu gerontološkog centra na uzorku od N=200

		N	%
Kako provodite najveći dio slobodnog vremena	u kući	77	38,5%
	u šetnji	75	37,5%
	kod djece/rođaka	11	5,5%
	kod prijatelja/susjeda	10	5,0%
	u gerontološkom centru	27	13,5%
	Ukupno	200	100,0%
Napišite koja Vam od tjelesnih aktivnosti predstavlja najveći problem	Niti jedna	107	53,5%
	Sve	0	0,0%
	Problemi slabosti nogu (Ustajanje, Stajanje/Hodanje, Hod uz stepenice)	41	20,5%
	Problemi slabosti ruku	3	1,5%
	Sagnut položaj	49	24,5%
	Ukupno	200	100,0%
Koliko vježbate u sklopu gerontološkog centra	godinu dana	47	23,5%
	dvije godine	18	9,0%
	tri godine	18	9,0%
	četiri godine	12	6,0%
	pet godina	18	9,0%
	šest godina	8	4,0%
	sedam godina	14	7,0%
	osam godina	17	8,5%
	devet godina	2	1,0%
	deset godina	46	23,0%
	Ukupno	200	100,0%

N-uzorak, %- postotak, \bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

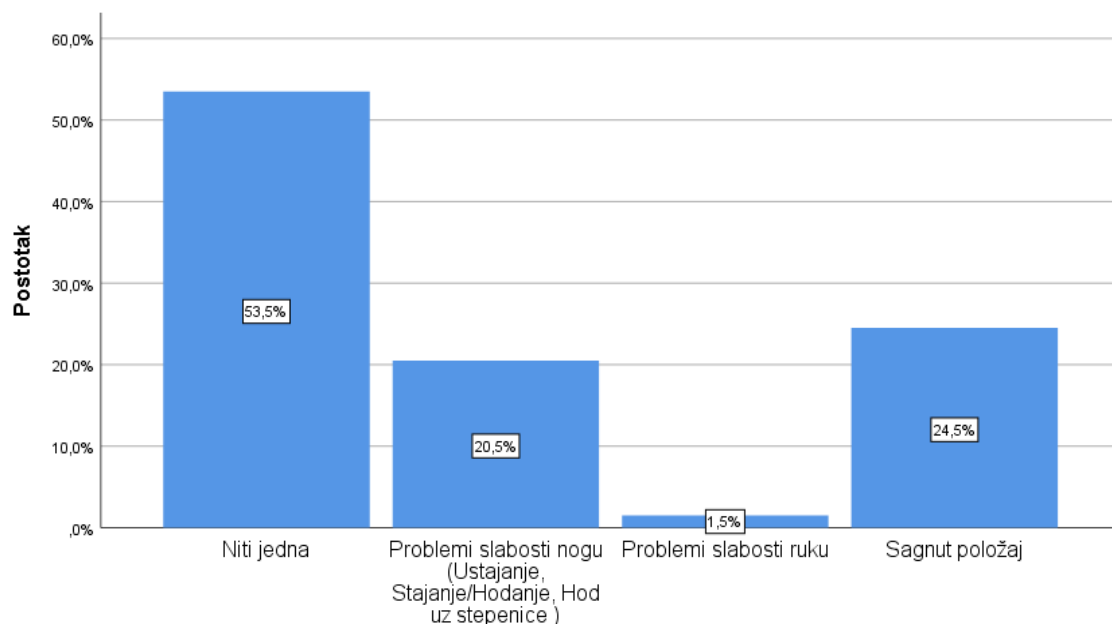
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 19: prikaz distribucije ispitanika po načinu na koji provode slobodno vrijeme na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 20: Prikaz distribucije ispitanika po tjelesnoj aktivnosti koja im predstavlja najveći problem na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Kako provodite najveći dio slobodnoga vremena* najveći udio ispitanika navodi u kući 38,5 % (N=77) i u šetnji 37,5 % (N=75), 13,5 % (N=27) navodi u gerontološkom centru dok najmanji broj ispitanika navodi kako najradije vrijeme provodi kod djece/rođaka, njih 5,5 % (N=11) ili kod prijatelja/susjeda, njih 5 % (N=10); na pitanje *Koja od tjelesnih aktivnosti predstavlja najveći problem* najveći broj ispitanika, njih 53,5 % (N=107) odgovorilo je da im niti jedna aktivnost ne predstavlja problem, 24,5 % (N=49) navodi sagnut položaj dok 20,5 % (N=41) navodi probleme slabosti nogu (ustajanje, stajanje/hodanje, hod uz stepenice); kod pitanja *Koliko dugo vježbate u sklopu gerontološkog centra* 23,5 % (N=47) navodi godinu dana, a čak 23,0 % (N=46) navodi deset godina.

Nadalje je ispitana učestalost vježbanja ispitanika u sklopu gerontološkog centra, način na koji su korisnici saznali za programe vježbanja u sklopu centra, njihova redovitost u vježbanju, te način na koji dolaze na vježbe (Tabela 11 i Grafikoni 21, 22 i 23).

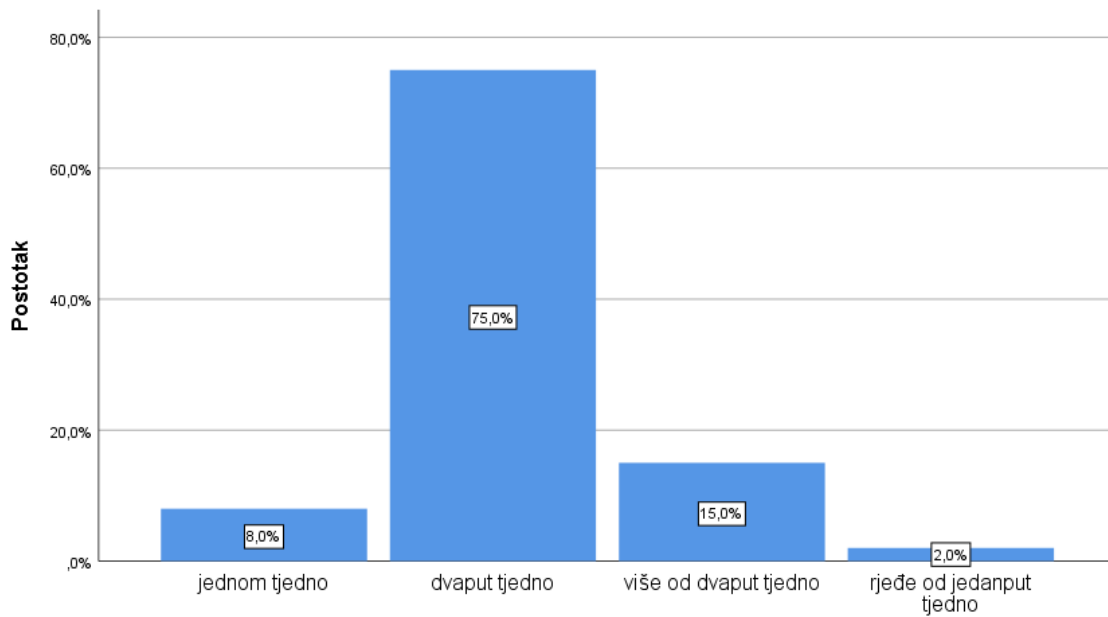
Tabela 11: Prikaz distribucije odgovora ispitanika vezanih uz vježbanje u sklopu gerontološkog centra na uzorku od N=200

		N	%
Kako često vježbate u sklopu gerontološkog centra	jednom tjedno	16	8,0%
	dvaput tjedno	150	75,0%
	više od dvaput tjedno	30	15,0%
	rjeđe od jedanput tjedno	4	2,0%
	Ukupno	200	100,0%
Označite način na koji ste čuli za vježbe u gerontološkom centru	od susjeda/prijatelja	148	74,0%
	preko radija i televizije	7	3,5%
	putem interneta	9	4,5%
	nekim drugim putem	4	2,0%
	udruga umirovljenika	27	13,5%
	oglas	3	1,5%
	predaja molbe za dom, socijalna radnica	2	1,0%
	Ukupno	200	100,0%
Koliko ste izostajali s vježbanja u proteklih godinu dana	niiti jednom	25	12,5%
	mjesec dana	13	6,5%
	dva mjeseca	16	8,0%
	svaki mjesec po nekoliko puta	32	16,0%
	par puta tijekom godine	114	57,0%
	Ukupno	200	100,0%
Označite način na koji dolazite na vježbanje	Autobus	16	8,0%
	Tramvaj	4	2,0%
	Pješice	166	83,0%
	Sam/a se vozim	13	6,5%
	Netko me doveze	1	0,5%
	Ukupno	200	100,0%

N-uzorak, %- postotak

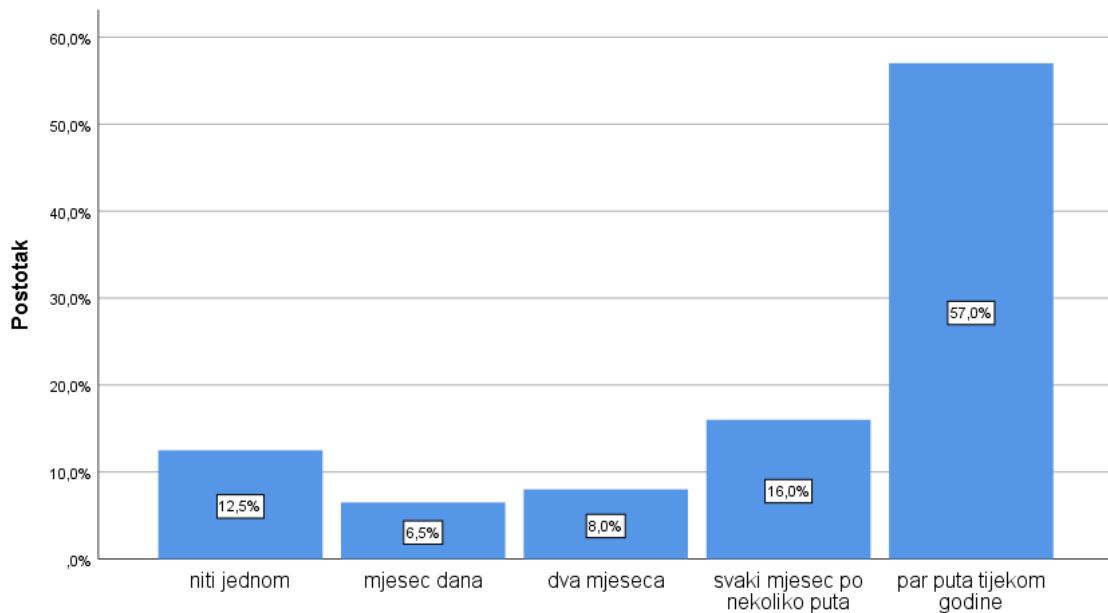
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 21: Prikaz distribucije ispitanika učestalosti vježbanja u gerontološkom centru na uzorku od N=200



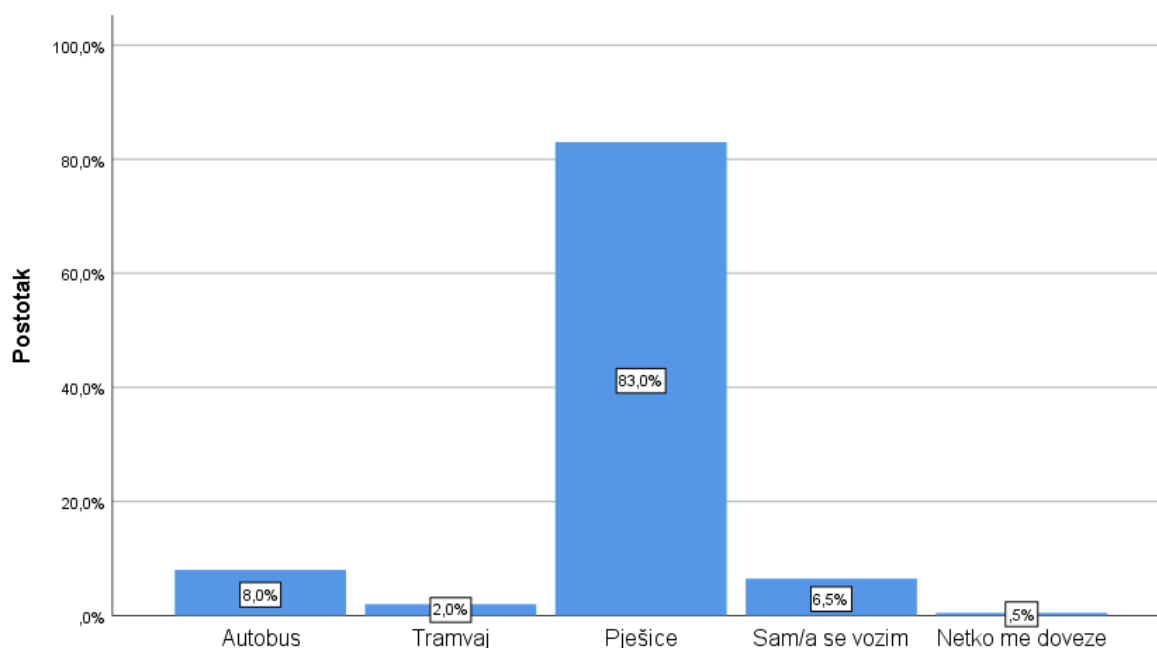
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 22: Prikaz distribucije ispitanika po izostanku sa vježbanja u gerontološkom centru na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 23: Prikaz distribucije ispitanika po načinu dolaska na vježbanje u gerontološki centar na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na pitanje *Kako često vježbate u sklopu gerontološkog centra* najveći broj ispitanika 75,0 % (N=150) navodi dvaput tjedno, nakon toga slijedi više od dva puta tjedno 15 % (N=30), jednom tjedno 8 % (N=16), a najmanji broj ispitanika 2 % (N=4) navodi kako vježba rjeđe od jedanput tjedno. Kod pitanja *Koliko ste izostajali s vježbanja u proteklih godinu dana* 57,0 % (N=114) navodi kako su izostali samo nekoliko puta tijekom godine, zatim slijedi odgovor svaki mjesec po nekoliko puta 16 % (N=32) dok ih najmanji postotak, njih 6,5 % (N=13) odgovara kako je izostalo s vježbanja po mjesec dana, 8,0 % (N=16) izostalo je po dva mjeseca tijekom godine, a 12 % (N=24) odgovorilo je da nije izostalo niti jednom. Na pitanje *Označite način na koji ste čuli za vježbe u gerontološkom centru* najveći broj ispitanika, njih 74,0 % (N=148) navodi od susjeda/prijatelja, zatim slijedi odgovor preko udruge umirovljenika 13,5 % (N=27) dok je najmanji broj ispitanika odgovorio prilikom predbilježbe za dom umirovljenika 1,0 % (N=2). Samo 4,5 % (N=9) ispitanika čulo je za vježbanje putem interneta dok kod pitanja *Označite način na koji dolazite na vježbanje* najveći udio ispitanika navodi pješice 83,0 % (N=166), javni prijevoz koristi ukupno 10,0 % (N= 20) ispitanika (autobus 8,0 % i tramvaj 2,0 %), 6,5 % (N=13) ispitanika doveze se samostalno, a samo jednog ispitanika (0,5 %) vozi netko drugi.

Kod ispitanika su ispitane navike vezane uz pušenje (Tabela 12 i 13 i Grafikon 24).

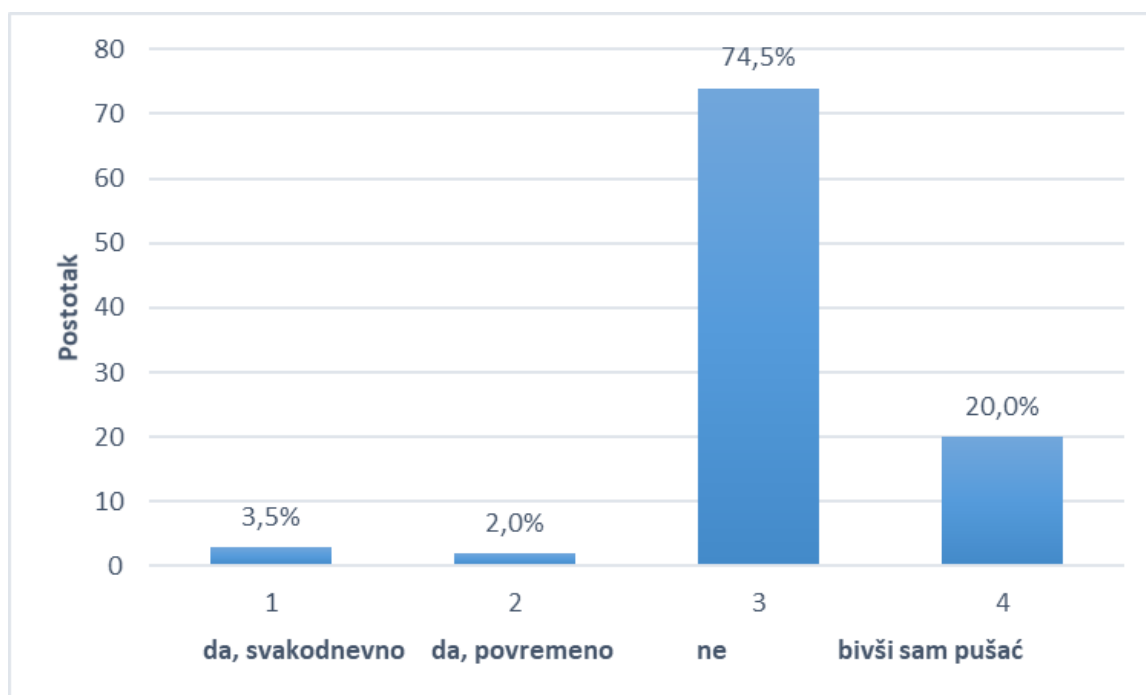
Tabela 12: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz pušenje na uzorku od N=200

		N	%
Pušite li	da, svakodnevno	7	3,5%
	da, povremeno	4	2,0%
	ne	149	74,5%
	bivši sam pušač	40	20,0%
	Ukupno	200	100,0%

N-uzorak, %- postotak

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 24: Prikaz distribucije ispitanika po učestalosti pušenja na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 13: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz pokazatelje pušenja na uzorku od N=200

		Koliko cigareta dnevno popušite	S koliko godina ste počeli redovito pušiti	S koliko godina ste prestali pušiti	Pušenje staž
N	Valjanih	11	58	58	58
	Nedostaje	189	142	142	142
\bar{x}		14,18	22,66	52,34	29,69
Sd		10,058	5,901	12,618	11,742
Min		1	15	27	5
Max		30	40	76	54

N-uzorak, %- postotak, \bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Od 200 ispitanika 5,5 % (N=11) puši i to 3,5 % (N=7) puši svakodnevno, a 2,0 % (N=4) puši povremeno, 20,0 % (N=40) ispitanika bivši su pušači, a 74,5 % (N=149) ispitanika nepušači. Kod pitanja *Koliko cigareta dnevno popušite* aritmetička sredina iznosi 14,18 uz standardnu devijaciju 10,058; kod pitanja *S koliko ste godina počeli redovito pušiti* aritmetička sredina iznosi 22,66 uz standardnu devijaciju 5,901; kod pitanja *S koliko ste godina prestali pušiti* aritmetička sredina iznosi 52,34 uz standardnu devijaciju 12,618; kod pušačkog staža aritmetička sredina iznosi 29,69 godina uz standardnu devijaciju 11,742.

Ispitana je prisutnost i distribucija kroničnih bolesti kod ispitanika (Tabela 14 i 15 i Grafikon 25), te učestalost problema s mokrenjem (Tabela 16 i Grafikon 26).

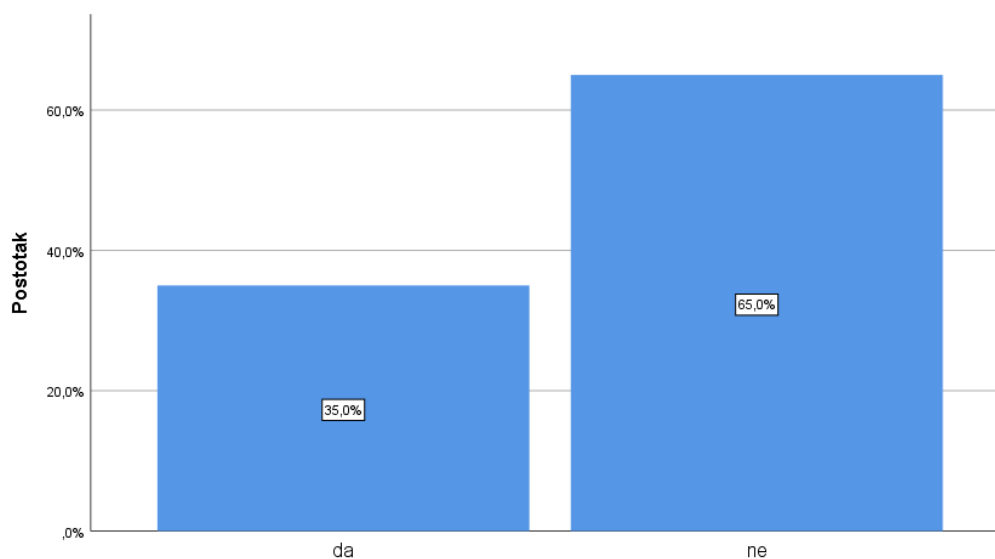
Tabela 14: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz kronične bolesti na uzorku od N=200

		N	%
Bolujete li od koje kronične bolest	da	70	35,0%
	ne	130	65,0%
	Ukupno	200	100,0%

N-uzorak, %-postotak

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 25: Prikaz distribucije ispitanika vezano uz kronične bolesti na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz prikazanih podataka može se uočiti kako manji broj ispitanika, njih 35,0 % (N=70) navodi da boluje od neke kronične bolesti dok veći broj ispitanika, njih 65,0 % (N=130) navodi da ne boluje ni od kakve kronične bolesti.

Tabela 15: Prikaz distribucije ispitanika po kroničnim bolestima na uzorku od N=200

		N	%
visok tlak	ne	87	43,5%
	da	113	56,5%
	Ukupno	200	100,0%
„slabo srce“	ne	174	87,0%
	da	26	13,0%
	Ukupno	200	100,0%
slabokrvnost	ne	190	95,5%
	da	9	4,5%
	Ukupno	199	100,0%
vrtoglavica, poremećaj ravnoteže	ne	171	85,5%
	da	29	14,5%
	Ukupno	200	100,0%
povišene masnoće u krvi	ne	146	73,0%
	da	54	27,0%
	Ukupno	200	100,0%
povišen šećer	ne	173	86,5%
	da	27	13,5%
	Ukupno	200	100,0%
proširene vene	ne	176	88,0%
	da	24	12,0%
	Ukupno	200	100,0%
poteškoće s disanjem	ne	188	94,0%
	da	12	6,0%
	Ukupno	200	100,0%
glaukom	ne	185	92,5%
	da	15	7,5%
	Ukupno	200	100,0%
mrena	ne	174	87,0%
	da	26	13,0%
	Ukupno	200	100,0%
slabiji sluh	ne	166	83,0%
	da	34	17,0%
	Ukupno	200	100,0%
reuma	ne	143	71,5%
	da	57	28,5%
	Ukupno	200	100,0%
bol u križima	ne	124	62,0%
	da	76	38,0%
	Ukupno	200	100,0%

otvorena rana na nozi	ne	200	100,0%
	da	0	0,0%
	Ukupno	200	100,0%
kronična rana dekubitus	ne	199	99,5%
	da	1	0,5%
	Ukupno	200	100,0%
učestali proljevi	ne	195	97,5%
	da	5	2,5%
	Ukupno	200	100,0%
osteoporoza	ne	150	75,0%
	da	50	25,0%
	Ukupno	200	100,0%
opstipacija	ne	195	97,5%
	da	5	2,5%
	Ukupno	200	100,0%
depresija	ne	191	95,5%
	da	9	4,5%
	Ukupno	200	100,0%
senilnost	ne	190	95,0%
	da	10	5,0%
	Ukupno	200	100,0%
Druge bolesti	ne	198	99,0%
	da	2	1,0%
	Ukupno	200	100,0%

N-uzorak, %-postotak

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Označite od koje kronične bolesti bolujete* najveći udio ispitanika, njih 56,5% (N=113) navodi visok tlak, 38,0% (N=76) navodi bol u križima, 28,5% (N=57) reumu, 27,0% (N=54) povišene masnoće u krvi, 25,0% (N=50) osteoporozu, 17,0% (N=34) slabiji sluh, 14,5% (N=34) vrtoglavice i poremećaje ravnoteže, 13,5% (N=27) povišeni šećer, 13,0% (N=26) slabo srce, također 13,0% (N=26) navodi očnu mrežu i 12,0% (N=24) ispitanika navodi problem s venama.

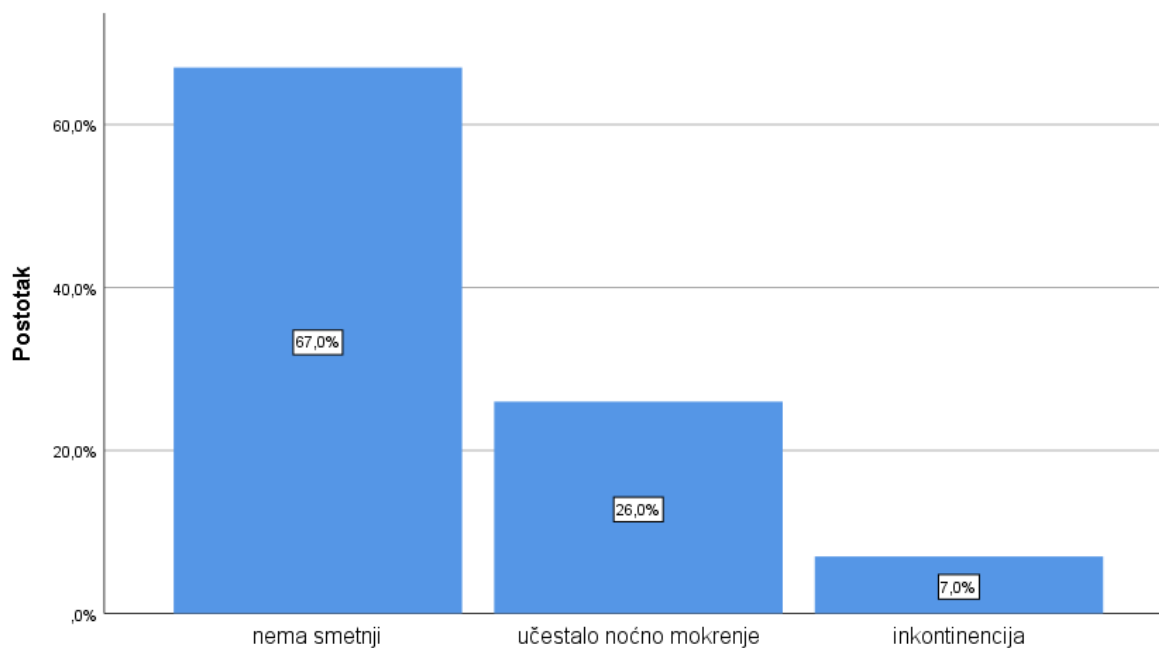
Tabela 16: Prikaz distribucije ispitanika po smetnjama s mokrenjem na uzorku od N=200

		N	%
Smetnje mokrenja	nema smetnji	134	67,0%
	učestalo noćno mokrenje	52	26,0%
	inkontinencija	14	7,0%
	Ukupno	200	100,0%

N-uzorak, %- postotak

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 26: Prikaz distribucije ispitanika po smetnjama s mokrenjem na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod *smetnji mokrenja* najveći broj ispitanika, njih 67,0 % (N=134) navodi da nema smetnji, 26,0 % (N=52) ispitanika navodi učestalo noćno mokrenje dok 7,0 % (N=14) ispitanika navodi da ima poteškoće s inkontinencijom.

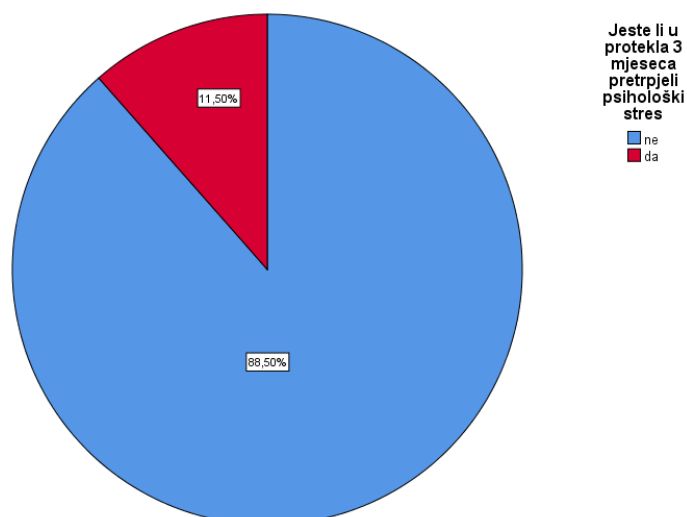
Ispitan je mogući pretrpljeni stres kod ispitanika (Tabela 17 i Grafikon 27).

Tabela 17: Prikaz distribucije ispitanika po pretrpljenom stresu na uzorku od N=200

		N	%
Jeste li u protekla 3 mjeseca pretrpjeli psihološki stres	ne	177	88,5%
	da	23	11,5%
	Ukupno	200	100,0%
Ako da koji	nikakav	177	88,5%
	obiteljska svađa	4	2,0%
	provala u stan	1	0,5%
	smrt u obitelji	6	3,0%
	problemi sa susjedima	1	0,5%
	teška bolest	5	2,5%
	teška bolest u obitelji	4	2,0%
	odlazak djeteta u inozemstvo	2	1,0%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 27: Prikaz distribucije ispitanika po pretrpljenom stresu na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Jeste li u protekla 3 mjeseca pretrpjeli psihološki stres* 88,5 % (N=177) ispitanika navodi da nije pretrpjelo; kod zabilježenih psiholoških stresova najčešće se

spominje smrt u obitelji koju navodi 3,0 % (N=6) ispitanika, tešku bolest navodi 2,5 % (N=5) ispitanika, 2,0 % (N=4) ispitanika navodi obiteljsku svađu, a tešku bolest u obitelji kao uzrok stresa navodi 2,0 % (N=4) ispitanika. 1,3 % (N=2) ispitanika kao izvor psihološkog stresa navodi odlazak djeteta u inozemstvo.

Ispitana je učestalost traženja liječničke pomoći, vrijeme posljednjeg odlaska na fizikalnu terapiju, te mjesto odlaska u toplice na terapiju (Tabela 18 i 19 i Grafikon 28).

Tabela 18: Prikaz distribucije ispitanika po traženju liječničke pomoći u proteklih godinu dana i broju odlazaka na fizikalnu terapiju na uzorku od N=200

		N	%
Koliko ste puta u proteklih godinu dana tražili pomoć liječnika	0	55	27,5%
	1	13	6,5%
	2	18	9,0%
	3	14	7,0%
	4	6	3,0%
	5	76	38,0%
	6	4	2,0%
	7	1	0,5%
	8	4	2,0%
	10	7	3,5%
	12	2	1,0%
	Ukupno	200	100,0%
	Koje godine ste zadnji put bili na fizikalnoj terapiji	2000	4
2004		2	1,3%
2006		1	0,6%
2007		1	0,6%
2009		1	0,6%
2010		1	0,6%
2011		1	0,6%
2013		5	3,1%
2014		3	1,9%
2015		8	5,0%
2016		10	6,3%
2017		25	15,7%
2018		97	61,0%
Ukupno		159	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Koliko ste puta u proteklih godinu dana tražili pomoć liječnika* najveći udio ispitanika, njih 38,0 % (N=76) navodi kako su pet puta tražili liječničku pomoć, po učestalosti odgovora slijedi 9,0 % (N=18) ispitanika koji su dvaput u proteklih godinu dana tražili liječničku pomoć, 27,5 % (N=55) ispitanika navodi da u proteklih godinu dana niti jednom nisu tražili pomoć liječnika.

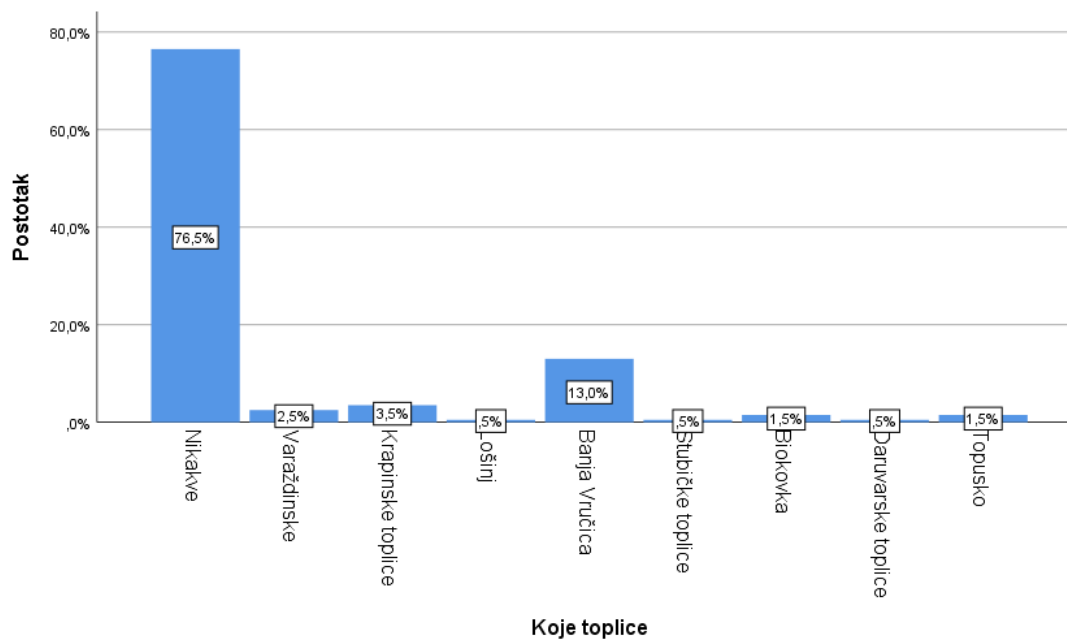
Ispitanici su u najvećoj mjeri bili na fizikalnoj terapiji 2017. g., 15,7 % (N=25), i 2018. godine 61,0 % (N=97). Po jedan je ispitanik (0.6 %) zadnji put bio na fizikalnoj terapiji 2006., 2007., 2009., 2010. i 2011. godine.

Tabela 19: Prikaz distribucije ispitanika po odlasku u toplice na fizikalnu terapiju na uzorku od N=200

		N	%
Koje toplice	Nikakve	153	76,5%
	Varaždinske	5	2,5%
	Krapinske toplice	7	3,5%
	Lošinj	1	0,5%
	Banja Vručica	26	13,0%
	Stubičke toplice	1	0,5%
	Biokovka	3	1,5%
	Daruvarske toplice	1	0,5%
	Topusko	3	1,5%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 28: Prikaz distribucije ispitanika po odlasku u toplice na fizikalnu terapiju na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod promatranih toplica najveći broj ispitanika 76,5 % (N=153) nije bio niti u jednim toplicama. Od ispitanika koji su bili u toplicama, uvjerljivo je najveći broj boravio u Zdravstveno turističkom centru Banja Vrućica u Bosni i Hercegovini, njih 13,0 % (N=26), slijedi Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske toplice u kojoj je boravilo 3,5 % (N=7) ispitanika te Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske toplice u kojoj je boravilo 2,5 % (N=5) ispitanika.

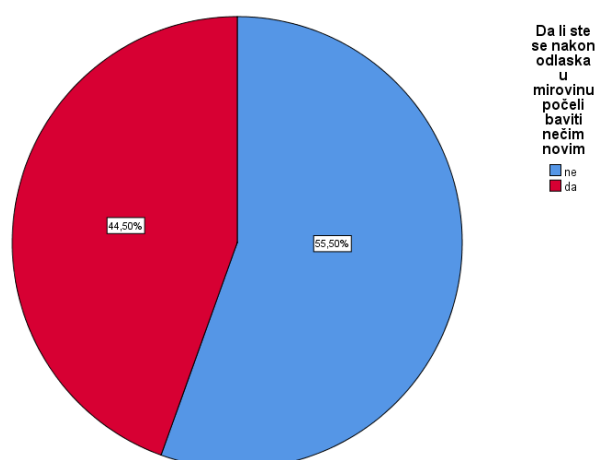
Ispitani su novi interesi nakon umirovljenja kod ispitanika (Tabela 20 i Grafikon 29).

Tabela 20: Prikaz distribucije ispitanika po početku bavljenja nečim novim nakon odlaska u mirovinu na uzorku od N=200

		N	%
Da li ste se nakon odlaska u mirovinu počeli baviti nečim novim	ne	111	55,5%
	da	89	44,5%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 29: Prikaz distribucije ispitanika po početku bavljenja nečim novim nakon odlaska u mirovinu na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Da li ste se nakon odlaska u mirovinu počeli baviti nečim novim* 44,5 % (N=89) ispitanika navodi potvrdno, a 55,5 % (N=111) odgovara kako se nije počelo baviti ničim novim.

Ispitana je percepcija kvalitete života ispitanika prije i nakon umirovljenja (Tabela 21).

Tabela 21: Prikaz distribucije ispitanika po zadovoljstvu životom na uzorku od N=200

		N	%	\bar{x}	Sd
Koliko ste bili zadovoljni s kvalitetom svog dosadašnjeg života	nimalo zadovoljan	2	1,0%		
	malo zadovoljan	10	5,0%		
	srednje zadovoljan	47	23,5%		
	uglavnom zadovoljan	87	43,5%		
	zadovoljan	34	17,0%		
	potpuno zadovoljan	20	10,0%		
	Ukupno	200	100,0%	4,00	1,05
Koliko ste zadovoljni s kvalitetom Vašeg sadašnjeg života (od kada imate 65 godina i više)	nimalo zadovoljan	4	2,0%		
	malo zadovoljan	13	6,5%		
	srednje zadovoljan	52	26,0%		
	uglavnom zadovoljan	73	36,5%		
	zadovoljan	34	17,0%		
	potpuno zadovoljan	24	12,0%		
	Ukupno	200	100,0%	3,96	1,16

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Koliko ste bili zadovoljni kvalitetom svoga dosadašnjeg života*, ukoliko se izjavama dodjele brojevi od 1 do 6, gdje je 1 – nimalo zadovoljan, a 6 – potpuno zadovoljan, aritmetička sredina iznosi 4,00 uz standardnu devijaciju 1,05; kod pitanja *Koliko ste zadovoljni kvalitetom svoga sadašnjeg života (otkad imate 65 godina i više)*, ukoliko izjavama također dodijelimo brojeve od 1 do 6, gdje je 1 – nimalo zadovoljan, a 6 – potpuno zadovoljan, aritmetička sredina iznosi 3,96 uz standardnu devijaciju 1,16.

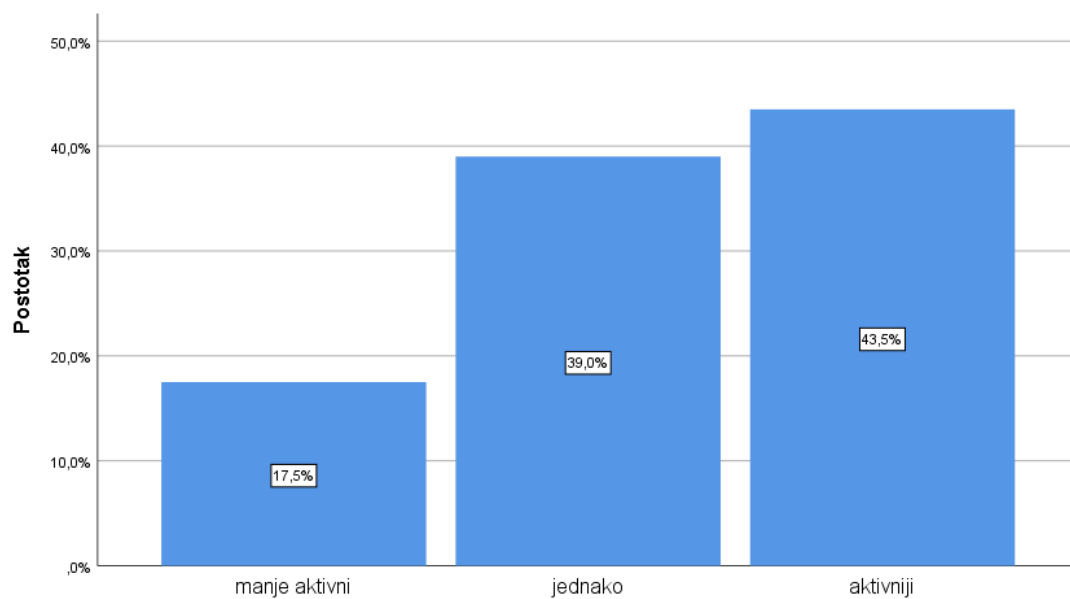
Ispitana je promjena u fizičkoj aktivnosti, kvaliteti života i u nastavku profesionalnoga rada ispitanika nakon odlaska u mirovinu (Tabela 22, Grafikon 30 i 31).

Tabela 22: Prikaz distribucije ispitanika po fizičkoj aktivnosti nakon odlaska u mirovinu, kvaliteti života nakon odlaska u mirovinu i po nastavku bavljenja svojom profesijom na uzorku od N=200

		N	%
Da li ste odlaskom u mirovinu postali fizički	manje aktivni	35	17,5%
	jednako	78	39,0%
	aktivniji	87	43,5%
	Ukupno	200	100,0%
Nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se	Poboljšala	50	25,0%
	Ostala ista	101	50,5%
	Smanjila	49	24,5%
	Ukupno	200	100,0%
Nakon odlaska u mirovinu nastavili ste se baviti svojom profesijom	ne	175	87,5%
	da	25	12,5%
	Ukupno	200	100,0%

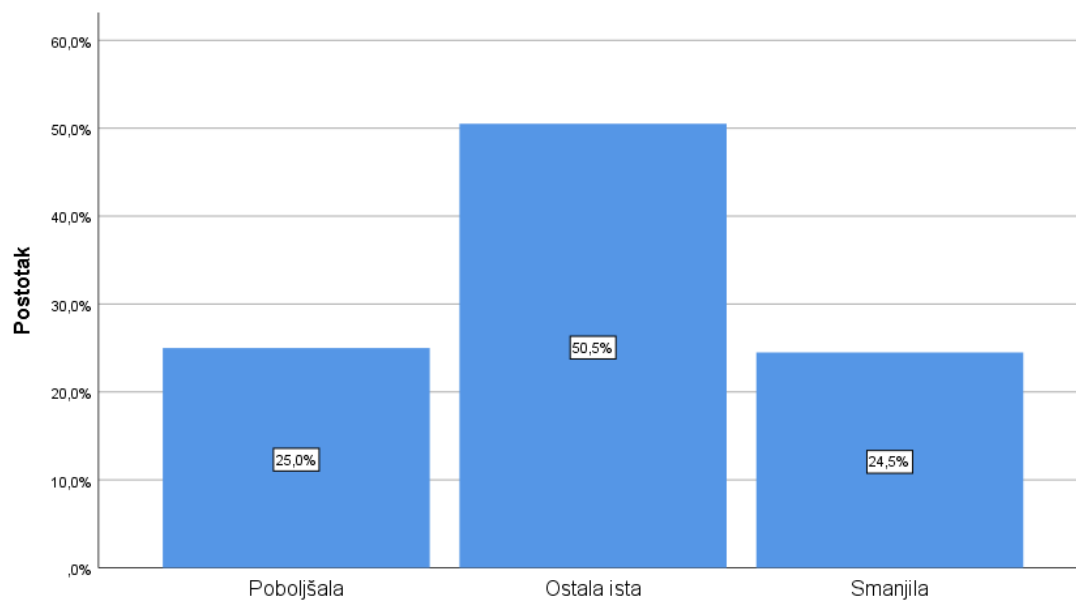
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 30: Prikaz distribucije ispitanika po fizičkoj aktivnosti nakon odlaska u mirovinu, na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 31: Prikaz distribucije ispitanika po kvaliteti života nakon odlaska u mirovinu na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogledaju li se odgovori ispitanika na pitanje *Da li ste odlaskom u mirovinu postali fizički*, 17,5 % (N=35) navodi manje aktivni, 39,0 % (N=78) navodi jednako dok 43,5 % (N=87) navodi aktivniji; kod pitanja *Nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se* 25,0 % (N=50) ispitanika navodi poboljšala, 50,5 % (N=101) navodi ostala ista dok 24,5 % (N=49) ispitanika navodi da se smanjila; kod pitanja *Nakon odlaska u mirovinu nastavili ste se baviti svojom profesijom* 12,5 % (N=25) ispitanika potvrđuje dok 87,5 % (N=175) ispitanika navodi da se odlaskom u mirovinu nisu nastavili baviti svojom profesijom.

Ispitani su doživljaji trenutnog glavnog problema njih samih i starijih osoba općenito (Tabela 23, 24, 25 i 26 i Grafikon 32).

Tabela 23: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju trenutnog glavnog problema na uzorku od N=200

		N	%
Oslabljeno zdravstveno stanje	ne	89	44,5%
	da	111	55,5%
	Ukupno	200	100,0%
Osamljenost	ne	153	76,5%
	da	47	23,5%
	Ukupno	200	100,0%
Ekonomske poteškoće	ne	154	77,0%
	da	46	23,0%
	Ukupno	200	100,0%
Osjećaj beskorisnosti	ne	183	91,5%
	da	17	8,5%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

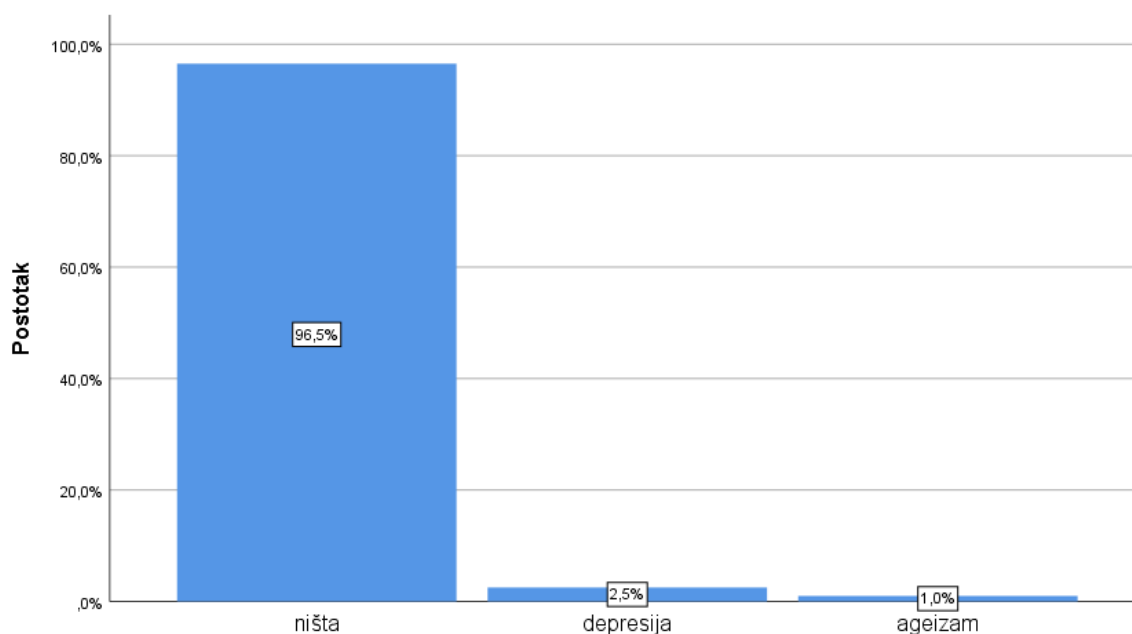
Kod pitanja *Što smatrate svojim sadašnjim glavnim problemom* 55,5 % (N=111) ispitanika navodi oslabljeno zdravstveno stanje, 23,5 % (N=47) navodi osamljenost, 23,0 % (N=47) navodi ekonomske poteškoće i 8,5 % (N=17) navodi osjećaj beskorisnosti.

Tabela 24: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju trenutnog glavnog problema pod rubrikom *ostalo* na uzorku od N=200

		N	%
Što smatrate svojim sadašnjim glavnim problemom (ostalo)	ništa	193	96,5%
	depresija	5	2,5%
	ageizam	2	1,0%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 32: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju svojeg sadašnjeg glavnog problema na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Što smatrate svojim sadašnjim glavnim problemom (ostalo)* 2,5 % (N=5) navodi depresija, 1,0 % (N=2) navodi ageizam, a 96,5 % (N=193) ne navodi ništa.

Tabela 25: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju glavnog problema starijih osoba na uzorku od N=200

		N	%
Oslabljeno zdravstveno stanje	ne	64	32,0%
	da	136	68,0%
	Ukupno	200	100,0%
Osamljenost	ne	91	45,5%
	da	109	54,5%
	Ukupno	200	100,0%
Ekonomske poteškoće	ne	108	54,0%
	da	92	46,0%
	Ukupno	200	100,0%
Osjećaj beskorisnosti	ne	156	78,0%
	da	44	22,0%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Što općenito smatrate glavnim problemom starih osoba* 68,0 % (N=136) ispitanika navodi oslabljeno zdravstveno stanje, 54,5 % (N=109) navodi osamljenost, 46,0 % (N=92) ekonomske poteškoće dok 22,0 % (N=44) navodi osjećaj beskorisnosti.

Tabela 26: Prikaz distribucije ispitanika po doživljaju općenito glavnim problemom starijih osoba na uzorku od N=200

		N	%
Što općenito smatrate glavnim problemom starih osoba (ostalo)	ništa	188	94,0%
	ageizam	8	4,0%
	loše stanje u državi	3	1,5%
	problemi sa spavanjem	1	0,5%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Što općenito smatrate glavnim problemom starih osoba (ostalo)* 4,0 % (N=8) ispitanika navodi ageizam, 1,5 % (N=3) navodi loše stanje u državi dok 0,5 % (N=1) navodi probleme sa spavanjem.

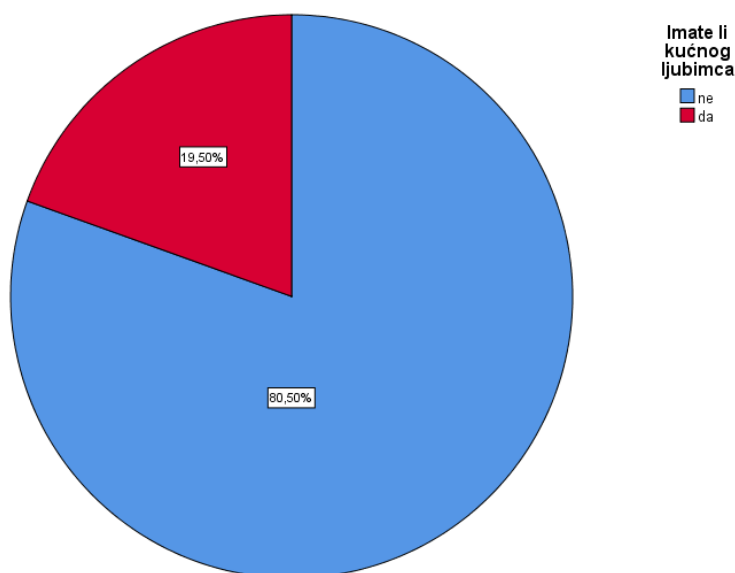
Istraženo je posjeduju li ispitanici kućnog ljubimca (Tabela 27 i Grafikon 33).

Tabela 27: Prikaz distribucije ispitanika po posjedovanju kućnog ljubimca na uzorku od N=200

		N	%
Imate li kućnog ljubimca	ne	161	80,5%
	da	39	19,5%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 33: Prikaz distribucije ispitanika po posjedovanju kućnog ljubimca na uzorku od N=200



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na pitanje *Posjedujete li kućnog ljubimca* 19,5 % (N=39) promatranih ispitanika odgovorilo je da ima kućnog ljubimca.

Ispitana je percepcija karakteristika za koje su ispitanici smatrali da su glavni pokretači dugovječnosti (Tabela 28).

Tabela 28: Prikaz distribucije ispitanika po psihološkoj karakteristici kao glavnom pokretaču dugovječnosti na uzorku od N=200

		N	%
Prihvaćam svake životne situacije s optimizmom	ne	110	55,0%
	da	90	45,0%
	Ukupno	200	100,0%
Upornost i stalna borba u rješavanju poteškoća	ne	100	50,0%
	da	100	50,0%
	Ukupno	200	100,0%
Stalna intelektualna i fizička aktivnost	ne	119	59,5%
	da	81	40,5%
	Ukupno	200	100,0%
Stalna briga i potpora svojoj obitelji	ne	103	51,5%
	da	97	48,5%
	Ukupno	200	100,0%
Samodisciplina i redovito pridržavanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja	ne	117	58,5%
	da	83	41,5%
	Ukupno	200	100,0%
Vjera i duhovnost	ne	141	70,5%
	da	59	29,5%
	Ukupno	200	100,0%
Koji bi ste svoju psihološku karakteristiku naveli kao glavni pokretač Vaše dugovječnosti (Ostalo)	ne	200	100,0%
	da	0	0,0%
	Ukupno	200	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Kod pitanja *Koji biste svoju psihološku karakteristiku naveli kao glavni pokretač svoje dugovječnosti* najviše ispitanika navodi *upornost i stalna borba u rješavanju poteškoća* 50,0 % (N=100), *stalna briga i potpora svojoj obitelji* 48,5 % (N=97), a *prihvaćam sve životne situacije s optimizmom* 45,0 % (N=90).

Nadalje, sljedeće će biti prikazani prosječni pokazatelji za promatrane čestice svih promatranih upitnika: *ZLK – 90 – 2, upitnik socijalne podrške, SF-36, HLPL II*. Rezultati će biti prezentirani u vidu prosječne vrijednosti (aritmetičke sredine) svake promatrane čestice i standardne devijacije.

Tabela 29: Prikaz prosječnog pokazatelja za čestice ZLK-90-2 upitnika na uzorku od N=200

	\bar{x}	Sd
Da li vjerujete da liječnici mogu izliječiti većinu bolesti od kojih možete oboljeti	2,91	,51
Da li vjerujete da ne treba posebno voditi računa o svom zdravlju jer će Vam se svakako dogoditi ono što Vam je suđeno	2,92	,91
Vjerujete li da ćete sačuvati svoje zdravlje vodeći računa o tome što i koliko jedete	3,11	,63
Vjerujete li da uništena priroda (zagađeni zrak, voda, hrana) neprekidno šteti Vašem zdravlju	3,36	,63
Vjerujete li da najkorisnije zdravstvene savjete i upute nalazite u različitim tjednicima i novinama	2,98	,67
Da li vjerujete da je vaše zdravlje u Božjim rukama	2,54	,99
Da li vjerujete da ćete sačuvati Vaše zdravlje ako pazite što radite i kako živite	1,84	,60
Vjerujete li da svakodnevne poteškoće s kojima se suočavate (na poslu, u obitelji) ugrožavaju Vaše zdravlje	2,21	,81
Da li vjerujete da su, bez obzira od čega obolite, savjeti Vaše obitelji izuzetno važni za Vaše ozdravljenje	2,78	,73
Vjerujete li da ne trebate voditi brigu o Vašem zdravlju, jer dobro i loše zdravlje ovisi o nasljeđu	2,03	,85
Da li vjerujete da ćete se moći zaštititi od različitih bolesti što više znate o njihovim uzrocima	2,25	,85
Vjerujete li da bi Vaše zdravlje bilo manje ugroženo kad biste imali više slobodnog vremena	2,90	,86
Vjerujete li da većinu bolesti najuspješnije liječe bioenergetičari	1,81	,68
Da li vjerujete da je Vaše zdravlje samo stvar sreće	2,85	,91
Da li vjerujete da rezultati liječenja bilo koje bolesti ovise barem toliko o Vama koliko i o liječniku ili terapiji	3,22	,57
Da li vjerujete da svaka društvena promjena (npr. politička previranja) negativno djeluje na Vaše zdravlje	2,55	,96
Da li vjerujete da kada ste bolesni trebate potražiti savjet prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda	2,19	,90

Vjerujete li da ćete uz Božju pomoć ozdraviti od bilo koje bolesti	2,37	1,02
Vjerujete li da Vas Vaše higijenske navike mogu zaštititi od većine bolesti	1,76	,69
Da li vjerujete da ljudi koji Vam idu na živce štode Vašem zdravlju	2,04	,83
Da li vjerujete da većinu bolesti od kojih možete oboljeti najuspješnije liječe travari	1,79	,72
Vjerujete li da su gotovo sve bolesti koje ste preboljeli posljedica slučaja	2,72	,89
Da li vjerujete da bez obzira od čega obolite, o Vama ovisi kako ćete brzo ozdraviti	2,04	,69
Vjerujete li da svaka promjena vremena ugrožava Vaše zdravlje	2,47	,85
Da li vjerujete da zdravstveno osoblje najbolje zna šta je dobro za Vaše zdravlje	2,08	,52
Da li vjerujete da se uvijek zateknete na mjestu gdje ima prehladenih i bolesnih	2,07	,91
Vjerujete li da ćete svoje zdravlje najbolje sačuvati ako redovito odlazite na kontrolne preglede	2,91	,51
Vjerujete li da ne možete sačuvati svoje zdravlje ako na liječnički pregled morate čekati dva do tri sata	2,97	,17
Vjerujete li da bi za Vaše zdravlje bilo mnogo bolje kad bi Vaše radna organizacija (škola, fakultet) organizirala redovite sistematske preglede	1,84	,60
Da li vjerujete da loša sreća koja Vas prati ugrožava Vaše zdravlje	2,55	,99
Vjerujete li da je svatko odgovoran za svoje zdravlje	2,15	,91
Da li vjerujete da neugodne vijesti u novinama, na radiju ili televiziji štode Vašem zdravlju	2,44	,96

\bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *Vjerujete li da uništena priroda (zagađeni zrak, voda, hrana) neprekidno šteti Vašem zdravlju* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,36 dok standardna devijacija iznosi 0,63; *Vjerujete li da rezultati liječenja bilo koje bolesti ovise barem toliko o Vama koliko i o liječniku ili terapiji* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,22 dok standardna devijacija iznosi 0,57; *Vjerujete li da ćete sačuvati svoje zdravlje vodeći računa o tome što i koliko jedete* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,11 dok standardna devijacija iznosi 0,63.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *Vjerujete li da Vas Vaše higijenske navike mogu zaštititi od većine bolesti* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,76 dok standardna devijacija iznosi 0,69; *Da li vjerujete da većinu bolesti od kojih možete oboljeti najuspješnije liječe travari* gdje aritmetička sredina

odgovora ispitanika iznosi 1,79 dok standardna devijacija iznosi 0,72; *Vjerujete li da većinu bolesti najuspješnije liječe bioenergetičari*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,81, dok standardna devijacija iznosi 0,68; *Da li vjerujete da ćete sačuvati Vaše zdravlje ako pazite što radite i kako živite*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,84, dok standardna devijacija iznosi 0,60, kao i kod odgovora na pitanje *Vjerujete li da bi za Vaše zdravlje bilo mnogo bolje kad bi Vaše radna organizacija (škola, fakultet) organizirala redovite sistematske preglede*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika također iznosi 1,84 dok standardna devijacija također iznosi 0,60.

Tabela 30: Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice upitnika socijalne podrške na uzorku od N=200

	\bar{x}	Sd
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Vam pružaju ohrabrenje	3,34	,76
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Vam daju korisne informacije	3,21	,83
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Govore stvari koje Vam podižu samopouzdanje	3,21	,77
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Vas slušaju kad trebate s nekim razgovarati	3,10	,89
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Pokazuju da im je stalo do Vas kao osobe	3,42	,77
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Pokazuju da razumiju Vaše misli i osjećaje	3,21	,81
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Vam pružaju izravnu pomoć, odnosno daju vam stvari koje trebate	3,28	,85
Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Razgovarate li s vama bliskim osobama kada ste zbog nečeg uznemireni	3,25	,84

\bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje: *Molimo, procijenite u kojoj mjeri: pokazuju da im je stalo do Vas kao osobe* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,42 dok standardna devijacija iznosi 0,77.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje: *Molimo, procijenite u kojoj mjeri: Vas slušaju kad trebate s nekim razgovarati* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,10 dok standardna devijacija iznosi 0,89.

Tabela 31: Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice SF-36 upitnika na uzorku od N=200

	\bar{x}	Sd
Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje	39,37	21,91
U usporedbi s prošlom godinom, kako biste sada ocijenili svoje zdravlje	46,38	20,11
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima	27,25	34,65
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: umjereno naporne aktivnosti, kao što su pomicanje stola, vožnja biciklom, boćanje i sl.	54,75	37,04
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: podizanje ili nošenje torbe s namirnicama	52,75	35,51
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova)	42,50	36,06
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: uspinjanje uz stepenice (jedan kat)	68,50	35,91
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: saginjanje, klečanje ili pregibanje	47,75	36,25
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: hodanje više od 1 kilometra	61,81	39,23
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: hodanje oko pola kilometra	73,75	35,77
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: hodanje 100 metara	84,25	28,61
Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: kupanje ili oblačenje	85,75	26,23
Jeste li u protekla 4 tjedna imali problema zbog svog fizičkog zdravlja: skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	52,50	50,06
Jeste li u protekla 4 tjedna imali problema zbog svog fizičkog zdravlja: obavili ste manje nego što ste željeli	46,00	49,96
Jeste li u protekla 4 tjedna imali problema zbog svog fizičkog zdravlja: niste mogli obavljati neke poslove ili druge aktivnosti	53,50	50,00
Jeste li u protekla 4 tjedna imali problema zbog svog fizičkog zdravlja: imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr. morali ste uložiti dodatni trud)	47,50	50,06
Jeste li u protekla 4 tjedna imali bilo kakvih emocionalnih problema: skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	69,50	46,16
Jeste li u protekla 4 tjedna imali bilo kakvih emocionalnih problema: obavili ste manje nego što ste željeli	64,50	47,97
Jeste li u protekla 4 tjedna imali bilo kakvih emocionalnih problema: niste obavili posao ili druge aktivnosti onako pažljivo kao obično	58,50	49,40
U kojoj su mjeri u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima	76,00	25,91

Kakve ste tjelesne bolove imali u protekla 4 tjedna	59,70	25,87
U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekla 4 tjedna ometali na Vašem uobičajenom radu (uključujući rad izvan kuće i kućne poslove)	65,50	26,83
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: osjećali puni života	53,30	25,15
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: bili vrlo nervozni	70,50	18,91
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: osjećali tako potištenim da Vas ništa nije moglo razvedriti	77,40	20,77
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: osjećali spokojnim i mirnim	58,00	21,96
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: bili puni energije	49,90	23,55
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: osjećali malodušnim i tužnim	71,40	18,54
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: osjećali iscrpljenim	63,90	17,56
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: bili sretni	54,20	20,11
Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna: osjećali umornim	60,50	18,42
Koliko su Vas vremena u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjete prijateljima, rodbini itd.)	67,88	21,32
Čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi	73,00	22,33
Zdrav sam kao i bilo tko drugi koga poznajem	58,00	22,94
Mislím da će mi se zdravlje pogoršati	59,12	27,25
Zdravlje mi je odlično	49,13	28,73

\bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: kupanje ili oblačenje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 85,75 dok standardna devijacija iznosi 26,23; *Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: hodanje 100 metara* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 84,25 dok standardna devijacija iznosi 28,61. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju: fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 27,25 dok standardna devijacija iznosi 34,65; *Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 39,37 dok standardna devijacija iznosi 21,91.

Tabela 32: Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice HLPL upitnika na uzorku od N=200

	\bar{x}	Sd
O svojim problemima raspravljam sa meni dragim ljudima s kojima sam blizak	2,56	,75
Gotovo uvijek biram nemasnu hranu	2,55	,89
Svaki put obavijestim svog liječnika o neobičnim promjenama na svom tijelu	2,58	,91
Imam unaprijed zadani program vježbanja	2,97	,76
Dovoljno spavam	2,70	,83
Osjećam da se mijenjam i napredujem na bolje	2,27	,91
Pohvalim druge ljude kada su ostvarili uspjeh	2,80	,64
Pazim na količinu šećera koju unosim u organizam i biram hranu koja sadrži manje šećera	2,55	,91
Informiram se o zdravlju putem časopisa i tv emisija	2,33	,68
Vježbam barem 3 puta tjedno u trajanju od 20 min. ili više	2,55	,93
Svakodnevno odvojim vrijeme za opuštanje	2,79	,74
Vjerujem da moj život ima smisao	2,87	,73
Nastojim održati dobre odnose s drugim ljudima	2,87	,71
Jedem više obroka dnevno koji sadrže kruh, žitarice, rižu ili tjesteninu	1,48	,71
Postavljam pitanja zdravstvenom osoblju kako bi što bolje razumio njihove upute	2,07	,74
Svakodnevno lagano do umjereno hodam 30-40 minuta	2,57	,87
Prihvaćam stvari koje u svom životu koje ne mogu promijeniti	3,03	,77
Gledam optimistično prema budućnosti	2,60	,85
Provodim većinu vremena s bliskim prijateljima	2,66	,68
Svaki dan pojedem više od dva obroka koji sadrže voće	2,56	,84
Kada je u pitanju moje zdravlje uvijek tražim i drugo liječničko mišljenje	1,88	,78
Sudjelujem u rekreativnim aktivnostima kao što su plivanje, vožnja bicikla, trčanje barem jednom tjedno	2,43	,91
Koncentriram se na ugodne i pozitivne misli prije spavanja	2,75	,72
Osjećam se ispunjeno i sabrano	2,64	,72
Mišljenja sam da nije teško pokazati ljubav i toplinu prema drugim osobama	2,99	,53
Svaki dan pojedem obrok koji sadrži povrće	2,13	,84
Razgovaram s liječnikom i med. osobljem o zabrinutosti za vlastito zdravlje	2,05	,84
Koristim vježbe istezanja najmanje 3 puta tjedno	2,39	,87
Koristim posebne tehnike opuštanja i kontrole stresa	1,71	,84
Radim na ostvarenju svojih dugoročnih ciljeva	2,00	,90
U kontaktu sam s osobama kojima je stalo do mene i meni do njih	2,24	,81
Svaki dan pojedem obrok koji sadrži mlijeko, jogurt ili sir	2,09	,80
Najmanje jednom mjesečno pregledam svoje tijelo kako bi uočio neobične izrasline, kvržice i sl.	2,10	,84
Osim svakodnevne aktivnosti još pješaćim barem 30 minuta najmanje 3 puta tjedno	2,32	,90

Uspijeva mi postići ravnotežu ranih obveza i slobodnog vremena	2,42	,87
Svaki dan mi je zanimljiv i izazovan	2,68	,81
Pronalazim načine kako zadovoljiti svoju potrebu za intimnošću i samoćom	2,17	,89
Svaki dan pojedem obrok koji sadrži meso, perad, ribu	2,30	,84
Tražim informacije od liječnika i dr. medicinskog osoblja o tome kako voditi brigu o zdravlju	1,90	,92
Kontroliram svoj puls (srčanu frekvenciju) prilikom vježbanja	1,41	,69
Svakodnevno prakticiram vježbe opuštanja u trajanju 15-20 minuta	1,90	,89
Svjestan/na sam toga što je važno u mom životu	2,98	,71
Pomažu mi osobe koje su bliske sa mnom	2,78	,67
Obavezno pročitam naljepnice na pakiranju koji govore o hranjivoj vrijednosti, postotku masnoće i drugim vrijednostima	2,48	,87
Pratim edukativne emisije koje se odnose na zdravlje	1,82	,82
Cilj mi je osim redovitog vježbanja i usvajanje pravilnih prehrambenih navika	1,94	,99
Moj unutarnji mir mi pomaže da prevladam umor	2,29	,89
Osjećam povezanost s energijom koja je veća od moje	1,75	1,00
Rješavam konfliktne situacije s drugim osobama kompromisom (mirnom raspravom, bez svađe	2,61	,78
Obavezno doručujem	3,30	,79
Obavezno se savjetujem i tražim upute od medicinskog osoblja kada je to potrebno	2,73	,78
Izlažem sebe novim iskustvima i izazovima	2,41	,85

\bar{x} - aritmetička sredina, Sd-standardna devijacija

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *Obavezno doručujem* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,30 dok standardna devijacija iznosi 0,79; *prihvaćam stvari koje u svom životu koje ne mogu promijeniti* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,03 dok standardna devijacija iznosi 0,77.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za tvrdnje: *kontroliram svoj puls (srčanu frekvenciju prilikom vježbanja* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,41 dok standardna devijacija iznosi 0,69, zatim *svakodnevno konzumiram 6-11 porcija kruha, žitarica, riže i tjestenine* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,48 dok standardna devijacija iznosi 0,71.

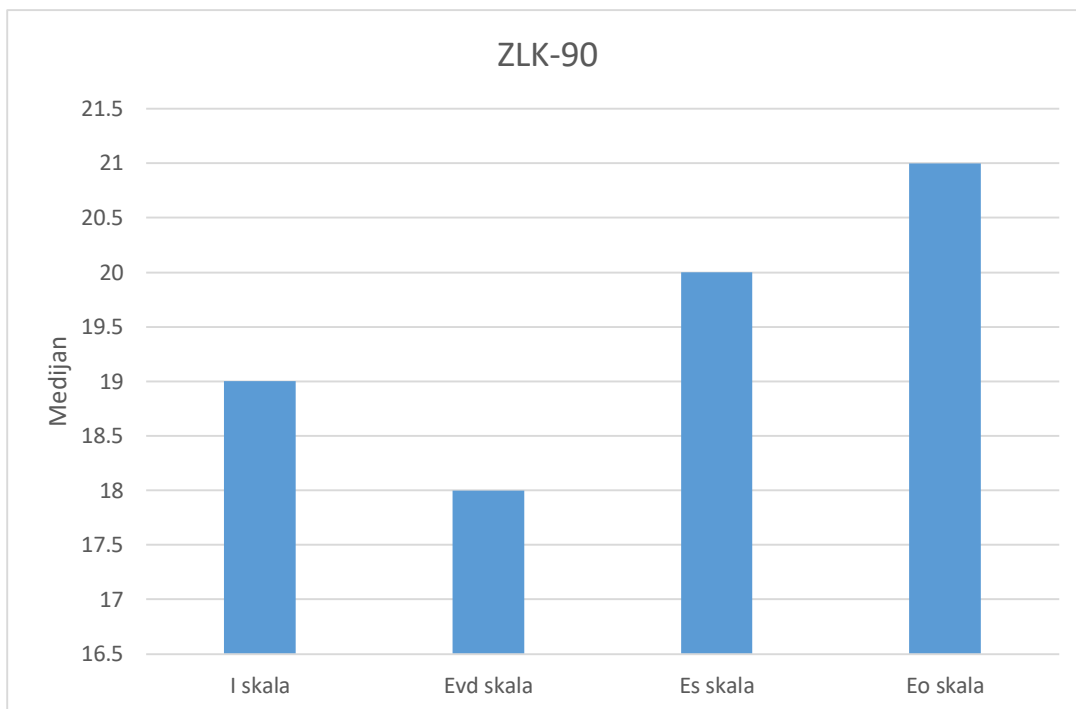
Nadalje, u Tabeli 33 prikazan je medijan i interkvartilni raspon za sve promatrane skale u upitniku.

Tabela 33: Prikaz medijana i interkvartilnog raspon za sve promatrane skale

	Medijan (interkvartilni raspon)		
I skala	19,00	18,00	20,00
skala Evd	18,00	17,00	20,00
skala Es	20,00	18,00	22,00
skala Eo	21,00	20,00	22,00
Stupanj socijalne podrške	26,50	24,00	31,00
Fizičko funkcioniranje	65,00	45,00	75,00
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	50,00	,00	100,00
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	66,67	33,33	100,00
Energija/umor	55,00	45,00	70,00
Emocionalno funkcioniranje	68,00	56,00	76,00
Socijalno funkcioniranje	75,00	62,50	87,50
Bol	57,50	45,00	80,00
Opće zdravstveno stanje	57,50	45,00	65,00
Ukupno fizičko zdravlje	56,88	40,00	75,00
Ukupno psihičko zdravlje	65,65	51,00	79,38
Zdravstvena odgovornost	2,11	1,89	2,44
Fizička aktivnost	2,38	2,00	2,63
Prehrana	2,44	2,11	2,61
Duhovni rast	2,44	2,11	2,78
Međuljudski odnosi	2,67	2,44	2,89
Upravljanje stresom	2,38	2,13	2,75
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	2,40	2,13	2,60

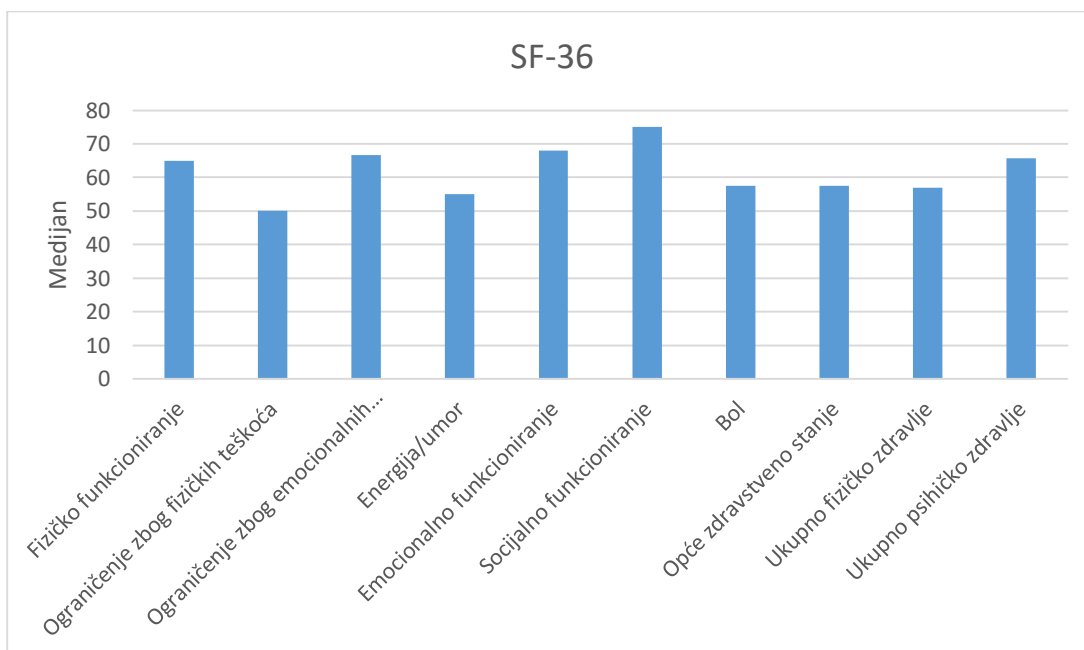
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 34: Prikaz medijana za ZLK-90 na ukupnom uzorku (N=200)



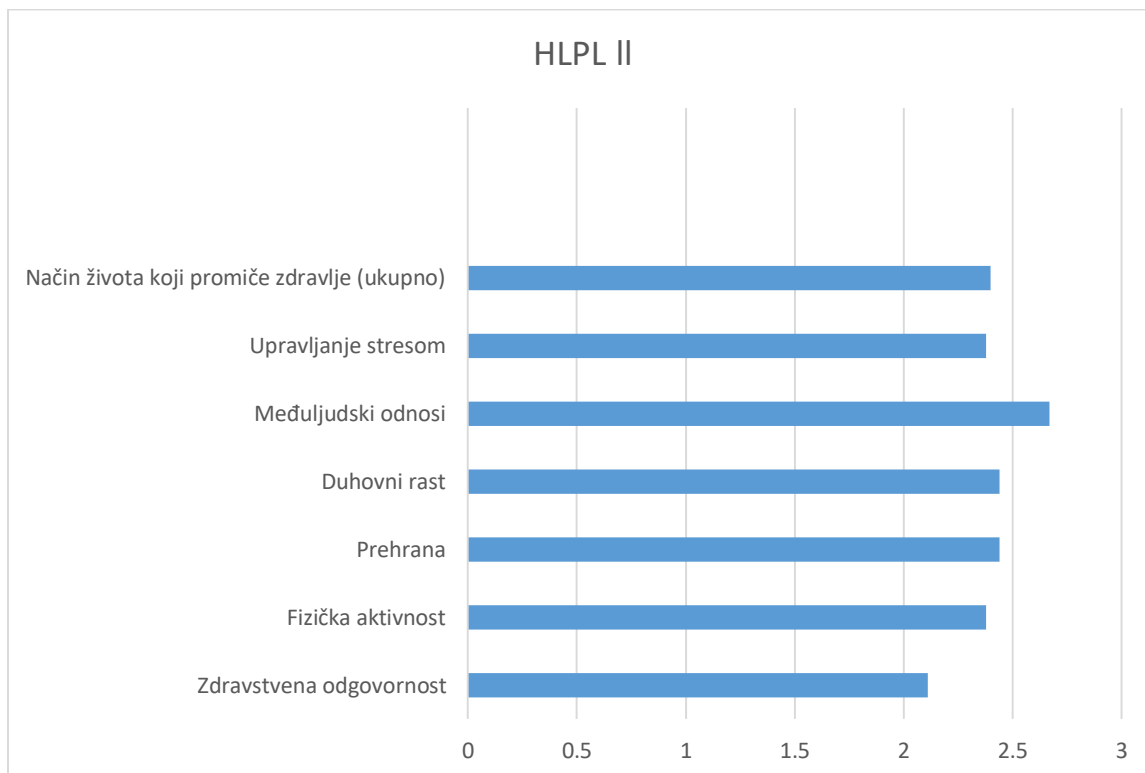
Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 35: Prikaz medijana za SF-36 na ukupnom uzorku (N=200)



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 36: Prikaz medijana za HLPL II na ukupnom uzorku (N=200)



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz navedene Tabele 33 mogu se vidjeti medijani i interkvartilni raspon za sve promatrane skale. Kod *zdravstvenog lokusa kontrole* komponenta skale *Eo skala (okolnosti)* imala je najviši medijan 21,00, nakon toga je bila *Es skala (slučaj/sudbina)* s 20, pa *I (internalni lokus kontrole)* s 19 i najniži medijan u ukupnom uzorku bio je kod *Evd skale (važni drugi)* i iznosio je 18.

Medijan stupnja socijalne podrške iznosio je 26,50.

Nadalje najviši medijan za čestice SF-36 upitnika je bio kod čestice *socijalnog funkcioniranja* i iznosio je 75,00, dok je najniži medijan zabilježen kod čestice *ograničenje zbog fizičkih teškoća* gdje je iznosio 50,00.

Kod HLPL II najviši medijan je za česticu *međuljudski odnosi* 2,67 dok je čestica s najnižim medijanom *zdravstvena odgovornost* s medijanom 2,11.

Testiranje normalnosti distribucije

Na sljedećim ćemo stranicama prikazati testiranje normalnosti pomoću Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testa, kako bismo ustanovili na koji su način distribuirane promatrane varijable u istraživanju. Nadalje na osnovu toga bit će odlučeno hoće li biti primijenjena parametrijska ili neparametrijska testiranja. Testiranje normalnosti bit će provedeno za sve varijable u istraživanju.

Tabela 34: Testiranje normalnosti distribucije za sve promatrane skale

	Kolmogorov-Smirnov ^{a4}			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
I skala	,125	198	,000	,974	198	,001
skala Evd	,124	198	,000	,973	198	,001
skala Es	,111	198	,000	,977	198	,002
skala Eo	,136	198	,000	,963	198	,000
Stupanj socijalne podrške	,129	198	,000	,903	198	,000
Fizičko funkcioniranje	,095	198	,000	,968	198	,000
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	,226	198	,000	,792	198	,000
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	,303	198	,000	,755	198	,000
Energija/umor	,110	198	,000	,979	198	,004
Emocionalno funkcioniranje	,068	198	,028	,979	198	,004
Socijalno funkcioniranje	,140	198	,000	,933	198	,000
Bol	,146	198	,000	,939	198	,000
Opće zdravstveno stanje	,107	198	,000	,981	198	,009
Ukupno fizičko zdravlje	,067	198	,029	,973	198	,001
Ukupno psihičko zdravlje	,068	198	,025	,980	198	,007
Zdravstvena odgovornost	,106	198	,000	,964	198	,000
Fizička aktivnost	,079	198	,004	,986	198	,049
Prehrana	,104	198	,000	,981	198	,010
Duhovni rast	,082	198	,002	,983	198	,018
Međuljudski odnosi	,112	198	,000	,967	198	,000
Upravljanje stresom	,085	198	,001	,980	198	,007
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	,060	198	,076	,983	198	,017

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz priloženih signifikantnosti na Tabeli 34 može se uočiti na koji su način distribuirane signifikantnosti Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testa, dakle ukoliko je signifikantnost

⁴ a. Lilliefors Significance Correction

za pojedinu kategoriju (faktor) veća od 0,05 ($p > 0,05$) radi se o normalnoj raspodjeli, a ukoliko je signifikantnost manja od 0,05 raspodjela je drugačija od normalne. Budući da za sve promatrane faktore razina signifikantnosti nije veća od 0,05, može se reći kako su navedene distribucije, uglavnom, drugačije od normalne distribucije što indicira provedbu neparametrijskih statističkih metoda. Kako bismo bolje ispitali odnose između promatranih faktora proveli smo Spearmanov koeficijent korelacije.

Tabela 35: Spearmanov koeficijent korelacije

		I skala	skala Evd	skala Es	skala Eo	Stupanj socijalne podrške	Ukupno fizičko zdravlje	Ukupno psihičko zdravlje	Način života koji promiče zdravlje (ukupno)
I skala	r	1,000	,176*	,038	,032	-,091	-,159*	-,113	-,363**
	p	.	,013	,590	,648	,198	,025	,111	,000
	N	200	200	200	200	200	199	200	199
skala Evd	r	,176*	1,000	,060	,039	,109	-,051	-,028	-,125
	p	,013	.	,399	,588	,125	,477	,689	,078
	N	200	200	200	200	200	199	200	199
skala Es	r	,038	,060	1,000	-,018	-,014	,038	-,008	-,027
	p	,590	,399	.	,805	,847	,597	,915	,709
	N	200	200	200	200	200	199	200	199
skala Eo	r	,032	,039	-,018	1,000	,094	-,038	-,011	-,115
	p	,648	,588	,805	.	,185	,590	,879	,107
	N	200	200	200	200	200	199	200	199
Stupanj socijalne podrške	r	-,091	,109	-,014	,094	1,000	,120	,240**	,261**
	p	,198	,125	,847	,185	.	,092	,001	,000
	N	200	200	200	200	200	199	200	199
Ukupno fizičko zdravlje	r	-,159*	-,051	,038	-,038	,120	1,000	,713**	,264**
	p	,025	,477	,597	,590	,092	.	,000	,000
	N	199	199	199	199	199	199	199	198
Ukupno psihičko zdravlje	r	-,113	-,028	-,008	-,011	,240**	,713**	1,000	,334**
	p	,111	,689	,915	,879	,001	,000	.	,000
	N	200	200	200	200	200	199	200	199
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	r	-,363**	-,125	-,027	-,115	,261**	,264**	,334**	1,000
	p	,000	,078	,709	,107	,000	,000	,000	.
	N	199	199	199	199	199	198	199	199

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz navedene Tabele 35 može se uočiti kako je zabilježena pozitivna i negativna korelacija između promatranih varijabli, najveće pozitivne korelacije zabilježene su kod pokazatelja: *ukupno fizičko zdravlje* i *ukupno psihičko zdravlje* ($r=0,713$; $p<0,01$), *ukupno psihičko zdravlje* i *način života koji promiče zdravlje (ukupno)* ($r=0,334$; $p<0,01$), dok je značajna negativna korelacija zabilježene između *I skala (internalni izvor kontrole)* i *načina života koji promiče zdravlje (ukupno)* ($r=-0,363$; $p<0,01$).

Nadalje je zabilježena slaba pozitivna korelacija kod pokazatelja: *Način života koji promiče zdravlje (ukupno)* i *Ukupno fizičko zdravlje* ($r=0,261$; $p<0,01$), *Stupanj socijalne podrške* i *Način života koji promiče zdravlje (ukupno)* ($r=0,261$; $p<0,01$), *Stupanj socijalne podrške* i *Ukupno psihičko zdravlje* ($r=0,240$; $p<0,01$).

Proveli smo testiranje za utjecaj kroničnih bolesti na kvalitetu života vezanu uz zdravlje.

Tabela 36: Utječe li veći broj kroničnih bolesti na samopercepciju zdravlja ispitivano upitnikom SF-36

	Kronične bolesti	
Fizičko funkcioniranje	r	-,365**
	p	,000
	N	198
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	r	-,335**
	p	,000
	N	199
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	r	-,253**
	p	,000
	N	199
Energija/umor	r	-,488**
	p	,000
	N	199
Emocionalno funkcioniranje	r	-,366**
	p	,000
	N	199
Socijalno funkcioniranje	r	-,363**

	p	,000
	N	199
Bol	r	-,461**
	p	,000
	N	199
Opće zdravstveno stanje	r	-,452**
	p	,000
	N	199
Ukupno fizičko zdravlje	r	-,468**
	p	,000
	N	198
Ukupno psihičko zdravlje	r	-,416**
	p	,000
	N	199

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogledaju li se podatci *Spearmanovog koeficijenta korelacije* može se uočiti kako je uočena značajna negativna korelacije između svih promatranih komponenti SF-36 upitnika i ukupnih kroničnih bolesti.

Testiranje za promatrane faktore

Nadalje, na sljedećim će stranicama biti provedeno testiranje za promatrane faktore u istraživanju s obzirom na promatrane varijable: *naobrazbu, dob, radni staž, materijalno stanje, s kim žive u kućanstvu, kvalitetu života nakon umirovljenja*. U Tabeli 37 prikazan je medijan i interkvartilni raspon za promatrane skupine, te je zatim provedeno testiranje putem Kruskal–Wallis testa s obzirom na naobrazbu ispitanika.

Tabela 37: Prikaz medijana i interkvartilnog raspona s obzirom na naobrazbu ispitanika

	Naobrazba								
	NKV			SSS			VŠS/VSS		
	Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)		
I skala	19,00	18,00	20,00	20,00	18,00	21,00	19,00	18,00	20,00
skala Evd	20,00	18,00	21,00	18,00	17,00	19,00	18,00	17,00	20,00
skala Es	21,00	18,00	23,00	20,00	18,00	22,00	21,00	18,00	23,00
skala Eo	21,50	21,00	23,00	21,00	20,00	22,00	21,00	19,00	22,00
Stupanj socijalne podrške	28,50	24,00	30,00	26,00	24,00	31,00	26,00	23,00	30,00
Fizičko funkcioniranje	50,00	40,00	70,00	70,00	50,00	80,00	60,00	45,00	72,50
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	37,50	,00	75,00	50,00	,00	100,00	50,00	,00	100,00
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	50,00	,00	66,67	100,00	33,33	100,00	66,67	,00	100,00
Energija/umor	50,00	40,00	55,00	55,00	45,00	70,00	60,00	45,00	70,00
Emocionalno funkcioniranje	58,00	48,00	64,00	68,00	56,00	76,00	72,00	60,00	80,00
Socijalno funkcioniranje	62,50	50,00	75,00	75,00	62,50	87,50	75,00	50,00	87,50
Bol	43,75	32,50	77,50	57,50	45,00	90,00	67,50	45,00	77,50
Opće zdravstveno stanje	47,50	40,00	55,00	60,00	45,00	65,00	60,00	45,00	65,00

Ukupno fizičko zdravlje	51,88	25,63	64,38	62,50	40,00	78,13	54,69	40,63	73,75
Ukupno psihičko zdravlje	52,67	43,38	63,17	70,38	55,58	81,38	61,88	51,17	78,88
Zdravstvena odgovornost	2,17	2,00	2,44	2,00	1,89	2,33	2,22	1,89	2,56
Fizička aktivnost	2,19	1,75	2,63	2,38	2,00	2,63	2,38	2,00	2,63
Prehrana	2,39	2,11	2,56	2,33	2,00	2,67	2,44	2,22	2,56
Duhovni rast	2,28	2,11	2,44	2,44	2,11	2,78	2,56	2,11	2,78
Meduljudski odnosi	2,50	2,44	2,67	2,67	2,33	2,89	2,67	2,56	2,83
Upravljanje stresom	2,25	2,13	2,63	2,38	2,13	2,75	2,50	2,25	2,75
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	2,31	2,12	2,50	2,35	2,10	2,60	2,46	2,22	2,60

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 38: Prikaz rangova s obzirom na naobrazbu ispitanika

	Naobrazba	N	Aritmetička sredina rangova
I skala	NKV	18	102,97
	SSS	101	104,08
	VŠS/VSS	81	95,49
	Ukupno	200	
skala Evd	NKV	18	127,19
	SSS	101	99,06
	VŠS/VSS	81	96,36
	Ukupno	200	
skala Es	NKV	18	115,31
	SSS	101	96,86
	VŠS/VSS	81	101,75
	Ukupno	200	
skala Eo	NKV	18	133,31
	SSS	101	105,42
	VŠS/VSS	81	87,07
	Ukupno	200	

Stupanj socijalne podrške	NKV	18	111,86
	SSS	101	103,37
	VŠS/VSS	81	94,40
	Ukupno	200	
Fizičko funkcioniranje	NKV	18	76,50
	SSS	101	110,80
	VŠS/VSS	80	91,65
	Ukupno	199	
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	NKV	18	91,11
	SSS	101	106,90
	VŠS/VSS	81	94,60
	Ukupno	200	
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	NKV	18	63,44
	SSS	101	110,81
	VŠS/VSS	81	95,88
	Ukupno	200	
Energija/umor	NKV	18	69,25
	SSS	101	101,90
	VŠS/VSS	81	105,70
	Ukupno	200	
Emocionalno funkcioniranje	NKV	18	68,31
	SSS	101	96,95
	VŠS/VSS	81	112,09
	Ukupno	200	
Socijalno funkcioniranje	NKV	18	71,78
	SSS	101	107,03
	VŠS/VSS	81	98,74
	Ukupno	200	
Bol	NKV	18	71,22
	SSS	101	102,34
	VŠS/VSS	81	104,72
	Ukupno	200	
Opće zdravstveno stanje	NKV	18	69,39
	SSS	101	103,75
	VŠS/VSS	81	103,36
	Ukupno	200	
Ukupno fizičko zdravlje	NKV	18	75,67
	SSS	101	106,67
	VŠS/VSS	80	97,05
	Ukupno	199	
Ukupno psihičko zdravlje	NKV	18	59,83
	SSS	101	107,86

	VŠS/VSS	81	100,36
	Ukupno	200	
Zdravstvena odgovornost	NKV	18	106,25
	SSS	101	93,60
	VŠS/VSS	81	107,83
	Ukupno	200	
Fizička aktivnost	NKV	18	84,64
	SSS	101	99,44
	VŠS/VSS	81	105,35
	Ukupno	200	
Prehrana	NKV	18	88,92
	SSS	101	97,34
	VŠS/VSS	81	107,01
	Ukupno	200	
Duhovni rast	NKV	18	78,81
	SSS	101	98,61
	VŠS/VSS	81	107,67
	Ukupno	200	
Međuljudski odnosi	NKV	18	82,08
	SSS	101	102,87
	VŠS/VSS	80	100,41
	Ukupno	199	
Upravljanje stresom	NKV	18	89,36
	SSS	101	93,06
	VŠS/VSS	81	112,25
	Ukupno	200	
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	NKV	18	85,06
	SSS	101	96,48
	VŠS/VSS	80	107,81
	Ukupno	199	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 39: Testna statistika s obzirom na naobrazbu ispitanika

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
I skala	1,055	2	,590
skala Evd	4,432	2	,109
skala Es	1,631	2	,443
skala Eo	11,236	2	,004
Stupanj socijalne podrške	1,868	2	,393
Fizičko funkcioniranje	8,273	2	,016
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	2,789	2	,248
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	12,885	2	,002
Energija/umor	6,022	2	,049
Emocionalno funkcioniranje	9,259	2	,010
Socijalno funkcioniranje	5,981	2	,050
Bol	5,244	2	,073
Opće zdravstveno stanje	5,779	2	,056
Ukupno fizičko zdravlje	4,781	2	,092
Ukupno psihičko zdravlje	10,519	2	,005
Zdravstvena odgovornost	2,931	2	,231
Fizička aktivnost	1,971	2	,373
Prehrana	2,065	2	,356
Duhovni rast	3,905	2	,142
Međuljudski odnosi	2,021	2	,364
Upravljanje stresom	5,726	2	,057
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	3,064	2	,216

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Naobrazba

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za *skalu Eo* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na naobrazbu ispitanika, pri čemu se na Tabeli 38 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju NKV, što se uočava i na Tabeli 37 prema vrijednosti medijana i interkvartilnog raspona.

Nadalje, pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog emocionalnih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, ukupno psihičko zdravlje* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na naobrazbu ispitanika, pri čemu se na Tabeli 38 može uočiti kako je vrijednost

rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju SSS ili VŠS/VSS, što se uočava i na Tabeli 37 prema vrijednosti medijana i interkvartilnog raspona.

Tabela 40: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na dob ispitanika

	Dob											
	65-69			70-74			75-79			80 i više		
	Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)		
I skala	19,00	18,00	20,00	19,00	18,00	20,00	19,00	18,00	21,00	20,00	18,00	22,00
skala Evd	19,00	17,00	20,00	18,00	17,00	19,00	18,00	17,00	20,00	18,50	18,00	19,00
skala Es	20,50	18,00	23,00	21,00	18,00	23,00	21,00	18,00	22,00	19,00	16,00	22,00
skala Eo	21,00	20,00	22,00	21,00	19,00	22,00	21,00	20,00	22,00	21,00	20,00	22,50
Stupanj socijalne podrške	27,00	24,00	31,00	27,00	23,00	30,00	26,00	23,00	31,00	24,00	22,00	30,00
Fizičko funkcioniranje	70,00	52,50	85,00	65,00	50,00	75,00	60,00	45,00	75,00	45,00	15,00	70,00
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	75,00	,00	100,00	50,00	,00	100,00	50,00	,00	100,00	12,50	,00	50,00
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	100,00	50,00	100,00	66,67	33,33	100,00	66,67	,00	100,00	66,67	,00	100,00
Energija/umor	60,00	50,00	70,00	55,00	45,00	70,00	55,00	45,00	65,00	45,00	35,00	60,00
Emocionalno funkcioniranje	68,00	60,00	80,00	64,00	60,00	76,00	68,00	56,00	76,00	58,00	48,00	74,00
Socijalno funkcioniranje	75,00	62,50	87,50	75,00	62,50	87,50	75,00	62,50	87,50	56,25	50,00	75,00
Bol	67,50	45,00	80,00	67,50	45,00	90,00	55,00	45,00	67,50	61,25	45,00	77,50
Opće zdravstveno stanje	60,00	45,00	70,00	60,00	50,00	70,00	60,00	40,00	65,00	45,00	35,00	62,50
Ukupno fizičko zdravlje	65,00	45,00	78,44	55,63	40,00	75,00	54,38	37,50	69,38	46,25	21,88	57,50
Ukupno psihičko zdravlje	71,40	54,75	83,31	66,42	52,25	78,88	60,75	48,21	78,00	58,38	45,08	70,88

Zdravstvena odgovornost	2,11	1,78	2,33	2,22	2,00	2,44	2,00	1,89	2,44	2,00	1,78	2,22
Fizička aktivnost	2,25	1,88	2,56	2,50	2,13	2,75	2,38	2,00	2,63	2,25	1,75	2,50
Prehrana	2,33	2,06	2,61	2,44	2,22	2,89	2,44	2,22	2,56	2,33	1,94	2,56
Duhovni rast	2,56	2,22	2,78	2,56	2,11	2,78	2,33	2,00	2,67	2,39	1,94	2,78
Međuljudski odnosi	2,67	2,44	3,00	2,67	2,44	2,89	2,56	2,22	2,78	2,56	2,22	2,78
Upravljanje stresom	2,38	2,13	2,75	2,50	2,25	2,75	2,50	2,13	2,63	2,38	2,06	2,75
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	2,40	2,12	2,60	2,46	2,25	2,63	2,35	2,15	2,58	2,38	2,08	2,55

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 41: Prikaz rangova s obzirom na dob ispitanika

	Dob	N	Aritmetička sredina rangova
I skala	65-69	68	100,16
	70-74	53	96,03
	75-79	51	101,30
	80 i više	28	108,32
	Ukupno	200	
skala Evd	65-69	68	105,04
	70-74	53	85,48
	75-79	51	108,87
	80 i više	28	102,64
	Ukupno	200	
skala Es	65-69	68	106,42
	70-74	53	103,54
	75-79	51	102,10
	80 i više	28	77,46
	Ukupno	200	
skala Eo	65-69	68	96,57
	70-74	53	91,26
	75-79	51	108,44
	80 i više	28	113,05
	Ukupno	200	
Stupanj socijalne podrške	65-69	68	108,16
	70-74	53	102,01

	75-79	51	98,35
	80 i više	28	82,95
	Ukupno	200	
Fizičko funkcioniranje	65-69	68	116,24
	70-74	53	101,45
	75-79	51	93,49
	80 i više	27	68,56
	Ukupno	199	
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	65-69	68	111,16
	70-74	53	99,14
	75-79	51	101,27
	80 i više	28	75,77
	Ukupno	200	
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	65-69	68	113,38
	70-74	53	94,72
	75-79	51	94,35
	80 i više	28	91,38
	Ukupno	200	
Energija/umor	65-69	68	111,88
	70-74	53	103,51
	75-79	51	100,04
	80 i više	28	68,00
	Ukupno	200	
Emocionalno funkcioniranje	65-69	68	107,10
	70-74	53	104,58
	75-79	51	96,02
	80 i više	28	84,93
	Ukupno	200	
Socijalno funkcioniranje	65-69	68	107,79
	70-74	53	106,36
	75-79	51	99,74
	80 i više	28	73,11
	Ukupno	200	
Bol	65-69	68	106,49
	70-74	53	111,78
	75-79	51	84,51
	80 i više	28	93,73
	Ukupno	200	
Opće zdravstveno stanje	65-69	68	108,51
	70-74	53	109,43
	75-79	51	94,45
	80 i više	28	75,16

	Ukupno	200	
Ukupno fizičko zdravlje	65-69	68	112,28
	70-74	53	104,83
	75-79	51	92,50
	80 i više	27	73,76
	Ukupno	199	
Ukupno psihičko zdravlje	65-69	68	112,28
	70-74	53	102,74
	75-79	51	94,42
	80 i više	28	78,73
	Ukupno	200	
Zdravstvena odgovornost	65-69	68	94,68
	70-74	53	114,10
	75-79	51	102,33
	80 i više	28	85,55
	Ukupno	200	
Fizička aktivnost	65-69	68	91,93
	70-74	53	115,68
	75-79	51	104,25
	80 i više	28	85,73
	Ukupno	200	
Prehrana	65-69	68	93,13
	70-74	53	114,64
	75-79	51	101,11
	80 i više	28	90,52
	Ukupno	200	
Duhovni rast	65-69	68	110,49
	70-74	53	105,45
	75-79	51	88,64
	80 i više	28	88,46
	Ukupno	200	
Međuljudski odnosi	65-69	67	107,90
	70-74	53	110,08
	75-79	51	86,72
	80 i više	28	86,21
	Ukupno	199	
Upravljanje stresom	65-69	68	97,15
	70-74	53	109,97
	75-79	51	98,11
	80 i više	28	95,07
	Ukupno	200	
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	65-69	67	96,79

	70-74	53	113,32
	75-79	51	97,36
	80 i više	28	87,27
	Ukupno	199	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 42: Testna statistika s obzirom na dob ispitanika

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
I skala	,863	3	,834
skala Evd	5,243	3	,155
skala Es	5,384	3	,146
skala Eo	4,072	3	,254
Stupanj socijalne podrške	3,926	3	,270
Fizičko funkcioniranje	14,209	3	,003
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	8,160	3	,043
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	5,995	3	,112
Energija/umor	11,726	3	,008
Emocionalno funkcioniranje	3,502	3	,321
Socijalno funkcioniranje	8,158	3	,043
Bol	7,162	3	,067
Opće zdravstveno stanje	8,579	3	,035
Ukupno fizičko zdravlje	9,937	3	,019
Ukupno psihičko zdravlje	7,419	3	,060
Zdravstvena odgovornost	5,572	3	,134
Fizička aktivnost	7,230	3	,065
Prehrana	5,149	3	,161
Duhovni rast	5,805	3	,121
Međuljudski odnosi	7,290	3	,063
Upravljanje stresom	1,999	3	,573
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	4,522	3	,210

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Dob

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, energija/umor, socijalno funkcioniranje, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika, pri čemu se u Tabeli 41 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju 65-69 i 70-74 godina, što se uočava i u Tabeli 40 prema vrijednosti medijana i interkvartilnog raspona.

Tabela 43: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na radni staž ispitanika

	Radni staž								
	0-30			31-39			40 i više		
	Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)		
I skala	20,00	18,00	21,00	19,00	18,00	21,00	19,00	18,00	20,00
skala Evd	18,00	17,00	20,00	18,00	17,00	19,50	18,50	17,00	19,50
skala Es	21,00	18,00	23,00	20,00	18,00	22,00	21,00	18,00	23,00
skala Eo	21,00	20,00	22,00	21,00	20,00	22,00	21,00	19,00	22,00
Stupanj socijalne podrške	27,00	24,00	30,00	26,00	23,00	31,00	27,00	24,00	32,00
Fizičko funkcioniranje	50,00	40,00	70,00	65,00	50,00	80,00	62,50	50,00	80,00
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	25,00	,00	75,00	50,00	,00	100,00	100,00	12,50	100,00
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	66,67	,00	100,00	100,00	33,33	100,00	100,00	33,33	100,00
Energija/umor	50,00	42,50	60,00	55,00	45,00	70,00	60,00	50,00	80,00
Emocionalno funkcioniranje	60,00	50,00	72,00	68,00	56,00	76,00	72,00	60,00	84,00
Socijalno funkcioniranje	62,50	50,00	75,00	75,00	62,50	87,50	75,00	56,25	87,50
Bol	56,25	45,00	77,50	57,50	45,00	83,75	77,50	45,00	100,00
Opće zdravstveno stanje	50,00	45,00	60,00	60,00	45,00	65,00	65,00	45,00	77,50

Ukupno fizičko zdravlje	45,00	31,88	63,75	57,50	38,75	77,50	66,88	47,50	78,75
Ukupno psihičko zdravlje	60,42	43,58	67,52	69,96	52,25	81,75	72,58	55,44	87,38
Zdravstvena odgovornost	2,22	1,94	2,44	2,00	1,78	2,33	2,17	1,89	2,56
Fizička aktivnost	2,25	1,75	2,50	2,38	2,00	2,63	2,50	2,19	2,75
Prehrana	2,33	2,00	2,56	2,44	2,11	2,67	2,44	2,22	2,78
Duhovni rast	2,22	2,11	2,61	2,44	2,11	2,78	2,67	2,39	2,78
Međuljudski odnosi	2,56	2,28	2,78	2,67	2,33	2,89	2,67	2,56	3,00
Upravljanje stresom	2,31	2,13	2,50	2,38	2,13	2,75	2,63	2,25	2,75
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	2,31	2,10	2,56	2,40	2,12	2,58	2,52	2,33	2,67

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 44: Rangovi s obzirom na radni staž ispitanika

	Radni staž	N	Aritmetička sredina rangova
I skala	0-30	44	104,86
	31-39	120	101,69
	40 i više	36	91,19
	Ukupno	200	
skala Evd	0-30	44	101,14
	31-39	120	101,05
	40 i više	36	97,90
	Ukupno	200	
skala Es	0-30	44	103,76
	31-39	120	95,21
	40 i više	36	114,14
	Ukupno	200	
skala Eo	0-30	44	106,58
	31-39	120	100,88
	40 i više	36	91,81
	Ukupno	200	

Stupanj socijalne podrške	0-30	44	97,86
	31-39	120	97,89
	40 i više	36	112,42
	Ukupno	200	
Fizičko funkcioniranje	0-30	44	79,42
	31-39	119	106,16
	40 i više	36	104,81
	Ukupno	199	
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	0-30	44	80,94
	31-39	120	102,10
	40 i više	36	119,06
	Ukupno	200	
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	0-30	44	88,31
	31-39	120	102,35
	40 i više	36	109,22
	Ukupno	200	
Energija/umor	0-30	44	79,45
	31-39	120	102,23
	40 i više	36	120,47
	Ukupno	200	
Emocionalno funkcioniranje	0-30	44	79,75
	31-39	120	103,04
	40 i više	36	117,39
	Ukupno	200	
Socijalno funkcioniranje	0-30	44	76,16
	31-39	120	107,58
	40 i više	36	106,64
	Ukupno	200	
Bol	0-30	44	88,36
	31-39	120	100,15
	40 i više	36	116,51
	Ukupno	200	
Opće zdravstveno stanje	0-30	44	81,70
	31-39	120	102,74
	40 i više	36	116,01
	Ukupno	200	
Ukupno fizičko zdravlje	0-30	44	76,74
	31-39	119	102,92
	40 i više	36	118,78
	Ukupno	199	
Ukupno psihičko zdravlje	0-30	44	78,18
	31-39	120	104,30

	40 i više	36	115,11
	Ukupno	200	
Zdravstvena odgovornost	0-30	44	107,89
	31-39	120	94,88
	40 i više	36	110,22
	Ukupno	200	
Fizička aktivnost	0-30	44	83,66
	31-39	120	100,89
	40 i više	36	119,79
	Ukupno	200	
Prehrana	0-30	44	89,59
	31-39	120	101,45
	40 i više	36	110,65
	Ukupno	200	
Duhovni rast	0-30	44	86,45
	31-39	120	99,60
	40 i više	36	120,65
	Ukupno	200	
Međuljudski odnosi	0-30	44	90,59
	31-39	120	96,73
	40 i više	35	123,03
	Ukupno	199	
Upravljanje stresom	0-30	44	85,11
	31-39	120	102,41
	40 i više	36	112,94
	Ukupno	200	
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	0-30	44	89,45
	31-39	120	97,89
	40 i više	35	120,49
	Ukupno	199	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 45: Testna statistika s obzirom na radni staž ispitanika

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
I skala	1,266	2	,531
skala Evd	,091	2	,955
skala Es	3,171	2	,205
skala Eo	1,347	2	,510
Stupanj socijalne podrške	1,886	2	,389
Fizičko funkcioniranje	7,265	2	,026
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	9,645	2	,008
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	3,359	2	,187
Energija/umor	10,317	2	,006
Emocionalno funkcioniranje	9,013	2	,011
Socijalno funkcioniranje	10,308	2	,006
Bol	4,792	2	,091
Opće zdravstveno stanje	7,486	2	,024
Ukupno fizičko zdravlje	11,314	2	,003
Ukupno psihičko zdravlje	9,354	2	,009
Zdravstvena odgovornost	2,885	2	,236
Fizička aktivnost	7,792	2	,020
Prehrana	2,727	2	,256
Duhovni rast	7,030	2	,030
Međuljudski odnosi	7,243	2	,027
Upravljanje stresom	4,948	2	,084
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	6,068	2	,048

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Radni staž

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, ukupno psihičko zdravlje, fizička aktivnost, duhovni rast, međuljudski odnosi, način života koji promiče zdravlje (ukupno)* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na radni staž ispitanika, pri čemu se u Tabeli 44 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju 31-39 i 40 i više godina radnog staža.

Tabela 46: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na materijalno stanje ispitanika

	Kako procjenjujete svoje materijalno stanje								
	lošije od prosjeka			prosječno			bolje od prosjeka		
	Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)		
I skala	20,00	18,00	21,00	19,00	18,00	20,00	19,00	18,00	20,00
skala Evd	18,00	17,00	20,00	18,00	17,00	20,00	19,00	17,00	19,00
skala Es	21,00	18,00	22,00	20,00	18,00	22,00	19,50	18,00	23,00
skala Eo	21,00	20,00	22,00	21,00	20,00	22,00	21,00	20,00	22,00
Stupanj socijalne podrške	25,00	23,00	30,00	27,00	24,00	31,00	26,00	22,00	31,00
Fizičko funkcioniranje	70,00	50,00	85,00	60,00	45,00	75,00	65,00	50,00	80,00
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	75,00	,00	100,00	50,00	,00	100,00	75,00	,00	100,00
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	100,00	,00	100,00	66,67	33,33	100,00	100,00	,00	100,00
Energija/umor	60,00	50,00	70,00	55,00	45,00	60,00	62,50	55,00	75,00
Emocionalno funkcioniranje	68,00	52,00	72,00	64,00	56,00	76,00	74,00	60,00	84,00
Socijalno funkcioniranje	75,00	62,50	87,50	75,00	50,00	87,50	81,25	62,50	87,50
Bol	67,50	45,00	90,00	55,00	45,00	77,50	73,75	55,00	100,00
Opće zdravstveno stanje	55,00	45,00	65,00	50,00	45,00	65,00	62,50	60,00	70,00
Ukupno fizičko zdravlje	60,63	40,63	81,25	50,63	37,50	68,13	68,13	48,13	75,00
Ukupno psihičko zdravlje	63,63	47,79	82,38	63,00	49,08	76,75	72,58	56,38	82,63
Zdravstvena odgovornost	2,00	1,78	2,33	2,00	1,78	2,44	2,22	2,11	2,44
Fizička aktivnost	2,25	1,88	2,50	2,38	2,00	2,63	2,50	2,13	2,75
Prehrana	2,22	1,78	2,56	2,44	2,11	2,56	2,56	2,33	2,89
Duhovni rast	2,44	2,00	2,67	2,33	2,11	2,78	2,72	2,56	2,89

Međuljudski odnosi	2,56	2,33	2,78	2,67	2,33	2,89	2,67	2,56	2,78
Upravljanje stresom	2,38	2,13	2,63	2,38	2,13	2,75	2,63	2,25	2,75
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	2,29	2,08	2,48	2,40	2,12	2,56	2,58	2,35	2,69

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 47: Rangovi s obzirom na materijalno stanje ispitanika

	Kako procjenjujete svoje materijalno stanje	N	Aritmetička sredina rangova
I skala	lošije od prosjeka	43	100,21
	prosječno	115	100,94
	bolje od prosjeka	42	99,60
	Ukupno	200	
skala Evd	lošije od prosjeka	43	103,67
	prosječno	115	100,25
	bolje od prosjeka	42	97,94
	Ukupno	200	
skala Es	lošije od prosjeka	43	102,17
	prosječno	115	98,93
	bolje od prosjeka	42	103,10
	Ukupno	200	
skala Eo	lošije od prosjeka	43	102,52
	prosječno	115	98,34
	bolje od prosjeka	42	104,33
	Ukupno	200	
Stupanj socijalne podrške	lošije od prosjeka	43	90,73
	prosječno	115	105,82
	bolje od prosjeka	42	95,94
	Ukupno	200	
Fizičko funkcioniranje	lošije od prosjeka	43	113,40
	prosječno	115	93,73
	bolje od prosjeka	41	103,55
	Ukupno	199	
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	lošije od prosjeka	43	106,44
	prosječno	115	93,60
	bolje od prosjeka	42	113,31

	Ukupno	200	
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	lošije od prosjeka	43	100,42
	prosječno	115	98,80
	bolje od prosjeka	42	105,23
	Ukupno	200	
Energija/umor	lošije od prosjeka	43	109,65
	prosječno	115	88,43
	bolje od prosjeka	42	124,19
	Ukupno	200	
Emocionalno funkcioniranje	lošije od prosjeka	43	91,29
	prosječno	115	95,67
	bolje od prosjeka	42	123,15
	Ukupno	200	
Socijalno funkcioniranje	lošije od prosjeka	43	108,21
	prosječno	115	94,69
	bolje od prosjeka	42	108,51
	Ukupno	200	
Bol	lošije od prosjeka	43	103,33
	prosječno	115	92,24
	bolje od prosjeka	42	120,23
	Ukupno	200	
Opće zdravstveno stanje	lošije od prosjeka	43	101,43
	prosječno	115	92,83
	bolje od prosjeka	42	120,56
	Ukupno	200	
Ukupno fizičko zdravlje	lošije od prosjeka	43	107,41
	prosječno	115	90,37
	bolje od prosjeka	41	119,26
	Ukupno	199	
Ukupno psihičko zdravlje	lošije od prosjeka	43	102,40
	prosječno	115	94,16
	bolje od prosjeka	42	115,93
	Ukupno	200	
Zdravstvena odgovornost	lošije od prosjeka	43	94,85
	prosječno	115	95,40
	bolje od prosjeka	42	120,26
	Ukupno	200	
Fizička aktivnost	lošije od prosjeka	43	90,44
	prosječno	115	98,73
	bolje od prosjeka	42	115,65
	Ukupno	200	
Prehrana	lošije od prosjeka	43	74,90

	prosječno	115	99,88
	bolje od prosjeka	42	128,40
	Ukupno	200	
Duhovni rast	lošije od prosjeka	43	83,72
	prosječno	115	94,84
	bolje od prosjeka	42	133,18
	Ukupno	200	
Međuljudski odnosi	lošije od prosjeka	43	93,72
	prosječno	115	99,75
	bolje od prosjeka	41	107,29
	Ukupno	199	
Upravljanje stresom	lošije od prosjeka	43	88,71
	prosječno	115	100,25
	bolje od prosjeka	42	113,25
	Ukupno	200	
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	lošije od prosjeka	43	82,37
	prosječno	115	96,15
	bolje od prosjeka	41	129,29
	Ukupno	199	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 48: Testna statistika s obzirom na materijalno stanje ispitanika

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
I skala	,018	2	,991
skala Evd	,220	2	,896
skala Es	,208	2	,901
skala Eo	,410	2	,815
Stupanj socijalne podrške	2,489	2	,288
Fizičko funkcioniranje	3,866	2	,145
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	4,535	2	,104
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	,440	2	,803
Energija/umor	13,252	2	,001
Emocionalno funkcioniranje	8,381	2	,015
Socijalno funkcioniranje	2,814	2	,245
Bol	7,476	2	,024
Opće zdravstveno stanje	7,154	2	,028
Ukupno fizičko zdravlje	8,516	2	,014
Ukupno psihičko zdravlje	4,412	2	,110
Zdravstvena odgovornost	6,243	2	,044
Fizička aktivnost	4,320	2	,115
Prehrana	18,350	2	,000
Duhovni rast	18,220	2	,000
Međuljudski odnosi	1,185	2	,553
Upravljanje stresom	3,859	2	,145
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	15,159	2	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Kako procjenjujete svoje materijalno stanje

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *energija/umor*, *emocionalno funkcioniranje*, *bol*, *opće zdravstveno stanje*, *ukupno fizičko zdravlje*, *zdravstvena odgovornost*, *prehrana*, *duhovni rast*, *način života koji promiče zdravlje (ukupno)*, može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na procjenu materijalnog stanja, pri čemu se u Tabeli 47 može uočiti da je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike čije je materijalno stanje bolje od prosjeka.

Tabela 49: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na to s kim ispitanici žive u kućanstvu

	S kim živite u kućanstvu								
	Sam/a			S partnerom			S širom obitelji		
	Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)		
I skala	20,00	18,00	21,00	19,00	18,00	20,00	19,00	18,00	20,00
skala Evd	18,00	17,00	20,00	18,00	17,00	19,50	18,00	17,00	19,00
skala Es	21,00	18,00	22,00	21,00	18,00	23,00	18,00	17,00	23,00
skala Eo	21,00	20,00	22,00	21,00	19,00	22,00	21,00	20,00	22,00
Stupanj socijalne podrške	25,00	23,00	30,00	29,00	24,00	31,00	25,00	22,00	30,00
Fizičko funkcioniranje	55,00	40,00	75,00	70,00	55,00	80,00	65,00	40,00	75,00
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	50,00	,00	100,00	75,00	,00	100,00	50,00	,00	100,00
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	66,67	33,33	100,00	100,00	33,33	100,00	66,67	33,33	100,00
Energija/umor	55,00	45,00	60,00	60,00	50,00	70,00	55,00	50,00	70,00
Emocionalno funkcioniranje	64,00	52,00	76,00	68,00	58,00	80,00	68,00	56,00	80,00
Socijalno funkcioniranje	75,00	50,00	87,50	75,00	62,50	87,50	75,00	50,00	87,50
Bol	55,00	45,00	77,50	72,50	45,00	85,00	57,50	45,00	90,00
Opće zdravstveno stanje	55,00	40,00	65,00	60,00	45,00	70,00	60,00	45,00	65,00
Ukupno fizičko zdravlje	49,69	37,50	68,13	64,69	48,13	78,75	55,63	36,25	78,13
Ukupno psihičko zdravlje	61,88	50,33	76,75	68,83	54,75	82,50	70,38	47,08	81,38
Zdravstvena odgovornost	2,00	1,67	2,22	2,33	1,89	2,44	2,11	1,89	2,33
Fizička aktivnost	2,25	1,75	2,50	2,38	2,13	2,69	2,50	2,13	2,75
Prehrana	2,33	1,89	2,56	2,44	2,33	2,72	2,44	2,11	2,56
Duhovni rast	2,33	2,00	2,67	2,61	2,33	2,78	2,67	2,11	2,89

Međuljudski odnosi	2,56	2,22	2,78	2,67	2,56	2,89	2,67	2,56	2,89
Upravljanje stresom	2,38	2,00	2,63	2,50	2,25	2,75	2,63	2,25	2,88
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	2,27	2,04	2,52	2,48	2,33	2,62	2,44	2,21	2,73

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 50: Rangovi s obzirom s kim ispitanici žive u kućanstvu

	S kim živite u kućanstvu	N	Aritmetička sredina rangova
I skala	Sam/a	91	115,31
	S partnerom	72	89,00
	S širom obitelji	37	86,46
	Ukupno	200	
skala Evd	Sam/a	91	106,98
	S partnerom	72	99,72
	S širom obitelji	37	86,08
	Ukupno	200	
skala Es	Sam/a	91	98,31
	S partnerom	72	107,00
	S širom obitelji	37	93,24
	Ukupno	200	
skala Eo	Sam/a	91	110,14
	S partnerom	72	90,39
	S širom obitelji	37	96,46
	Ukupno	200	
Stupanj socijalne podrške	Sam/a	91	89,58
	S partnerom	72	118,76
	S širom obitelji	37	91,82
	Ukupno	200	
Fizičko funkcioniranje	Sam/a	90	88,41
	S partnerom	72	114,92
	S širom obitelji	37	99,18
	Ukupno	199	
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	Sam/a	91	92,64
	S partnerom	72	115,15
	S širom obitelji	37	91,32
	Ukupno	200	

Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	Sam/a	91	98,71
	S partnerom	72	103,37
	S širom obitelji	37	99,31
	Ukupno	200	
Energija/umor	Sam/a	91	91,34
	S partnerom	72	112,79
	S širom obitelji	37	99,12
	Ukupno	200	
Emocionalno funkcioniranje	Sam/a	91	94,12
	S partnerom	72	104,87
	S širom obitelji	37	107,69
	Ukupno	200	
Socijalno funkcioniranje	Sam/a	91	97,02
	S partnerom	72	105,74
	S širom obitelji	37	98,85
	Ukupno	200	
Bol	Sam/a	91	90,33
	S partnerom	72	111,36
	S širom obitelji	37	104,38
	Ukupno	200	
Opće zdravstveno stanje	Sam/a	91	92,03
	S partnerom	72	108,78
	S širom obitelji	37	105,20
	Ukupno	200	
Ukupno fizičko zdravlje	Sam/a	90	88,87
	S partnerom	72	116,17
	S širom obitelji	37	95,59
	Ukupno	199	
Ukupno psihičko zdravlje	Sam/a	91	95,60
	S partnerom	72	106,48
	S širom obitelji	37	100,92
	Ukupno	200	
Zdravstvena odgovornost	Sam/a	91	84,44
	S partnerom	72	115,95
	S širom obitelji	37	109,93
	Ukupno	200	
Fizička aktivnost	Sam/a	91	85,10
	S partnerom	72	112,39
	S širom obitelji	37	115,24
	Ukupno	200	
Prehrana	Sam/a	91	88,21
	S partnerom	72	114,73

	S širom obitelji	37	103,04
	Ukupno	200	
Duhovni rast	Sam/a	91	83,03
	S partnerom	72	114,49
	S širom obitelji	37	116,24
	Ukupno	200	
Međuljudski odnosi	Sam/a	90	84,17
	S partnerom	72	112,06
	S širom obitelji	37	115,04
	Ukupno	199	
Upravljanje stresom	Sam/a	91	84,92
	S partnerom	72	110,37
	S širom obitelji	37	119,61
	Ukupno	200	
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	Sam/a	90	78,87
	S partnerom	72	118,92
	S širom obitelji	37	114,58
	Ukupno	199	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 51: Testna statistika s obzirom s kim ispitanici žive u kućanstvu

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
I skala	11,282	2	,004
skala Evd	3,550	2	,169
skala Es	1,636	2	,441
skala Eo	5,068	2	,079
Stupanj socijalne podrške	11,395	2	,003
Fizičko funkcioniranje	8,528	2	,014
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	7,896	2	,019
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	,324	2	,850
Energija/umor	5,608	2	,061
Emocionalno funkcioniranje	2,101	2	,350
Socijalno funkcioniranje	,980	2	,613
Bol	5,626	2	,060
Opće zdravstveno stanje	3,706	2	,157
Ukupno fizičko zdravlje	9,258	2	,010
Ukupno psihičko zdravlje	1,423	2	,491
Zdravstvena odgovornost	13,209	2	,001
Fizička aktivnost	11,977	2	,003
Prehrana	8,601	2	,014
Duhovni rast	15,328	2	,000
Međuljudski odnosi	12,636	2	,002
Upravljanje stresom	12,830	2	,002
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	22,277	2	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: S kim živite u kućanstvu

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *I skala* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na to s kim žive u kućanstvu, pri čemu se u Tabeli 50 može uočiti da je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike koji žive sami.

Nadalje, pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *stupanj socijalne podrške, fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ukupno fizičko zdravlje, zdravstvena odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast, međuljudski odnosi, upravljanje stresom, način života koji promiče zdravlje (ukupno)* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na to s kim žive u kućanstvu, pri čemu se u Tabeli 50 može uočiti da je vrijednost

rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike koji žive s partnerom ili s širom obitelji.

Tabela 52: Medijan i interkvartilni raspon s obzirom na pitanje nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se

	Nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se								
	Poboljšala			Ostala ista			Smanjila		
	Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)			Medijan (interkvartilni raspon)		
I skala	18,50	18,00	20,00	20,00	18,00	20,00	20,00	19,00	21,00
skala Evd	18,00	17,00	19,00	18,00	17,00	19,00	19,00	18,00	20,00
skala Es	20,50	18,00	24,00	20,00	18,00	22,00	21,00	19,00	22,00
skala Eo	21,00	19,00	22,00	21,00	20,00	22,00	21,00	20,00	22,00
Stupanj socijalne podrške	28,00	24,00	32,00	25,00	22,00	30,00	26,00	24,00	31,00
Fizičko funkcioniranje	70,00	50,00	85,00	65,00	50,00	75,00	55,00	40,00	65,00
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	62,50	,00	100,00	50,00	,00	100,00	,00	,00	50,00
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	100,00	66,67	100,00	66,67	,00	100,00	66,67	,00	100,00
Energija/umor	70,00	55,00	80,00	55,00	45,00	65,00	50,00	40,00	55,00
Emocionalno funkcioniranje	80,00	72,00	84,00	64,00	60,00	72,00	56,00	48,00	68,00
Socijalno funkcioniranje	75,00	62,50	100,00	75,00	62,50	87,50	50,00	50,00	75,00
Bol	77,50	57,50	100,00	57,50	45,00	80,00	45,00	32,50	57,50
Opće zdravstveno stanje	62,50	50,00	75,00	60,00	45,00	65,00	45,00	40,00	60,00
Ukupno fizičko zdravlje	70,00	45,63	84,38	60,63	42,81	74,38	45,00	30,63	61,88
Ukupno psihičko zdravlje	80,02	70,38	87,63	63,00	52,25	78,38	53,83	41,88	67,00
Zdravstvena odgovornost	2,28	2,11	2,56	2,00	1,89	2,33	2,00	1,78	2,33
Fizička aktivnost	2,56	2,38	2,88	2,25	2,00	2,50	2,13	1,88	2,50
Prehrana	2,50	2,33	2,89	2,44	2,11	2,56	2,33	1,89	2,56
Duhovni rast	2,78	2,56	2,89	2,44	2,11	2,67	2,22	2,00	2,56
Međuljudski odnosi	2,67	2,67	3,00	2,67	2,44	2,78	2,56	2,22	2,78

Upravljanje stresom	2,75	2,63	2,88	2,38	2,13	2,63	2,25	2,13	2,50
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	2,58	2,44	2,79	2,35	2,12	2,56	2,29	2,04	2,48

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 53: Rangovi s obzirom s obzirom na pitanje *nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se*

	Nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se	N	Aritmetička sredina rangova
I skala	Poboljšala	50	79,74
	Ostala ista	101	103,69
	Smanjila	49	115,10
	Ukupno	200	
skala Evd	Poboljšala	50	91,41
	Ostala ista	101	95,71
	Smanjila	49	119,64
	Ukupno	200	
skala Es	Poboljšala	50	105,09
	Ostala ista	101	94,31
	Smanjila	49	108,58
	Ukupno	200	
skala Eo	Poboljšala	50	87,03
	Ostala ista	101	106,91
	Smanjila	49	101,04
	Ukupno	200	
Stupanj socijalne podrške	Poboljšala	50	118,92
	Ostala ista	101	90,91
	Smanjila	49	101,47
	Ukupno	200	
Fizičko funkcioniranje	Poboljšala	50	112,83
	Ostala ista	100	102,62
	Smanjila	49	81,56
	Ukupno	199	
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	Poboljšala	50	112,16
	Ostala ista	101	104,10
	Smanjila	49	81,18
	Ukupno	200	
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	Poboljšala	50	122,86
	Ostala ista	101	95,73

	Smanjila	49	87,51
	Ukupno	200	
Energija/umor	Poboljšala	50	136,88
	Ostala ista	101	97,36
	Smanjila	49	69,85
	Ukupno	200	
Emocionalno funkcioniranje	Poboljšala	50	143,58
	Ostala ista	101	98,05
	Smanjila	49	61,59
	Ukupno	200	
Socijalno funkcioniranje	Poboljšala	50	117,38
	Ostala ista	101	109,33
	Smanjila	49	65,08
	Ukupno	200	
Bol	Poboljšala	50	127,72
	Ostala ista	101	103,47
	Smanjila	49	66,60
	Ukupno	200	
Opće zdravstveno stanje	Poboljšala	50	125,53
	Ostala ista	101	103,42
	Smanjila	49	68,95
	Ukupno	200	
Ukupno fizičko zdravlje	Poboljšala	50	120,93
	Ostala ista	100	104,67
	Smanjila	49	69,11
	Ukupno	199	
Ukupno psihičko zdravlje	Poboljšala	50	135,82
	Ostala ista	101	98,37
	Smanjila	49	68,85
	Ukupno	200	
Zdravstvena odgovornost	Poboljšala	50	124,23
	Ostala ista	101	92,70
	Smanjila	49	92,37
	Ukupno	200	
Fizička aktivnost	Poboljšala	50	134,43
	Ostala ista	101	91,64
	Smanjila	49	84,13
	Ukupno	200	
Prehrana	Poboljšala	50	120,99
	Ostala ista	101	97,25
	Smanjila	49	86,29
	Ukupno	200	

Duhovni rast	Poboljšala	50	143,09
	Ostala ista	101	91,76
	Smanjila	49	75,06
	Ukupno	200	
Međuljudski odnosi	Poboljšala	49	124,82
	Ostala ista	101	95,57
	Smanjila	49	84,32
	Ukupno	199	
Upravljanje stresom	Poboljšala	50	146,65
	Ostala ista	101	87,00
	Smanjila	49	81,24
	Ukupno	200	
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	Poboljšala	49	140,30
	Ostala ista	101	90,86
	Smanjila	49	78,54
	Ukupno	199	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 54: Testna statistika s obzirom na pitanje nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se

	Kruskal-Wallis H	df	Asymp. Sig.
I skala	10,134	2	,006
skala Evd	7,498	2	,024
skala Es	2,450	2	,294
skala Eo	4,082	2	,130
Stupanj socijalne podrške	7,957	2	,019
Fizičko funkcioniranje	7,750	2	,021
Ograničenje zbog fizičkih teškoća	8,618	2	,013
Ograničenje zbog emocionalnih teškoća	12,322	2	,002
Energija/umor	34,146	2	,000
Emocionalno funkcioniranje	50,367	2	,000
Socijalno funkcioniranje	25,761	2	,000
Bol	28,716	2	,000
Opće zdravstveno stanje	24,428	2	,000
Ukupno fizičko zdravlje	21,362	2	,000
Ukupno psihičko zdravlje	33,413	2	,000
Zdravstvena odgovornost	11,283	2	,004
Fizička aktivnost	23,653	2	,000
Prehrana	9,623	2	,008
Duhovni rast	39,095	2	,000
Međuljudski odnosi	13,492	2	,001
Upravljanje stresom	43,089	2	,000
Način života koji promiče zdravlje (ukupno)	33,354	2	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: *Nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se*

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *I skala, skala Evd* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na kvalitetu života nakon umirovljenja, pri čemu se u Tabeli 53 može uočiti da je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike kojima se je kvaliteta života smanjila.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *stupanj socijalne podrške, fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ograničenje zbog emocionalnih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, bol, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, ukupno psihičko zdravlje, zdravstvena*

odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast, međuljudski odnosi, upravljanje stresom, način života koji promiče zdravlje (ukupno) može se uočiti da signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na kvalitetu života nakon umirovljenja, pri čemu se u Tabeli 53 može uočiti da je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike kojima se je kvaliteta poboljšala ili ostala ista.

Nadalje je provedeno testiranje za promatrane faktore duljine vježbanja i stupnja socijalne podrške

Tabela 55: Rangovi s obzirom na pitanje koliko vježbate u sklopu gerontološkog centra

	Koliko vježbate u sklopu gerontološkog centra	N	%	Aritmetička sredina rangova
Stupanj socijalne podrške	1	47	23,5%	110,06
	2-9	107	53,5%	98,74
	10	46	23,0%	94,82
	Total	200	100,00%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 56: Testna statistika duljina vježbanja i stupanj socijalne podrške

	Stupanj socijalne podrške
Kruskal-Wallis H	1,851
df	2
Asymp. Sig.	,396

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koliko vježbate u sklopu gerontološkog centra

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se podjela osoba uključenih u programe vježbanja Gerontološkog centra po rangovima s obzirom na *duljinu vježbanja*, vidi se da je najveći broj ispitanika uključen u programe vježbanja između 2-9 godina 53,5% (N=107), dok je podjednak broj ispitanika uključen u programe vježbanja do jedne godine 23,5% (N=47) ili 10 i više godina 23,0% (N=46).

U Tabeli 56 prikazana je usporedba za *stupanja socijalne podrške i duljine sudjelovanja u programima vježbanja*. Iz prikazane Tabele može se uočiti kako je $p > 0,05$ što znači da nema

statistički značajne razlike s obzirom na percipirani *stupanj socijalne podrške* i *duljinu vježbanja* u sklopu gerontološkog centra.

6 RASPRAVA

Udio staroga stanovništva u razvijenim zemljama ubrzano raste pa se očekuje i daljnji porast funkcionalno sposobnih starijih ljudi, i to i onih u dubokoj starosti od 80 godina i više (United Nations Population Division – UNPD 2019). Stoga se javlja potreba za pružanjem usluga koje bi omogućile starijim osobama da ostanu što duže aktivne i samostalne. Svrha disertacije bila je istražiti i utvrditi psihosocijalne čimbenike koji su povezani sa zdravstvenim statusom i očuvanjem kvalitete života kod starijih osoba koje sudjeluju u programima vježbanja Gerontološkog centra Sveta Ana u Novom Zagrebu. Istraživanje tih odnosa doprinosi razumijevanju čimbenika koji utječu na percepciju zdravlja kod starijih osoba uključenih u program vježbanja u urbanom okruženju dok razumijevanje tih čimbenika može doprinijeti planiranju javnozdravstvenih intervencija kojima je cilj uključivanje većega broja starijih osoba i kreiranje prilagođenih programa vježbanja.

Budući da se većina Novoga Zagreba izgradila krajem 60-tih i tijekom 70-ih godina prošloga stoljeća, može se zaključiti kako se velika većina današnjih umirovljenika uključenih u istraživanje doselila u Novi Zagreb kao radno sposobna populacija, ali nije odrasla u Novom Zagrebu jer to naselje, kao urbana cjelina, u njihovu djetinjstvu još nije postojalo. Osim toga, Novi Zagreb se do prije dvadesetak godina smatrao „spavaonicom grada“, tj. mjestom na koje su se osobe vraćale nakon odrađenoga posla s druge strane rijeke Save te mjestom koje, bez obzira na svoju površinu i broj stanovnika, nije imalo niti jednu kinodvoranu, a nedostajali su i kulturno-zabavni sadržaji. Navedeno čini istraživanje odnosa psihosocijalnih čimbenika i percepcije zdravlja kod starijih osoba uključenih u programe vježbanja gerontološkog centra u Novom Zagrebu još zanimljivijim.

U istraživanju je sudjelovalo 200 umirovljenika s područja Novog Zagreba. Svi ispitanici živjeli su izvan domova umirovljenika i dolazili su na vježbanje u sklopu izvaninstitucijske skrbi Grada Zagreba. Idejni su tvorci Projekta Gerontoloških centara Gradski ured za zdravstvo, rad, socijalnu zaštitu i branitelje (današnji Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom 2021) i Centar za gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“⁵.

U disertaciji su postavljene sljedeće hipoteze:

⁵ <https://www.zagreb.hr/projekt-gerontoloski-centri-grada-zagreba/5630>

H1 – Postoji pozitivna korelacija između duljine sudjelovanja u programima vježbanja Gerontološkog centra i samopercepcije socijalne podrške,

H2 – Stupanj samoprocjene zdravlja mjeren SF-36 upitnikom je značajno povezan s percepcijom socijalne podrške mjerenom ljestvicom za procjenu stupnja socijalne podrške

H3 – Spol i dob utječu na razinu samopercepcije socijalne podrške i zdravlja

H4 – Razina osjećaja kontrole utječe na zdravstveno ponašanje ispitanika

Prikupljanje podataka za istraživanje obavljalo se na lokacijama održavanja programa vježbanja, a to je obuhvaćalo prostorije Doma za starije osobe Sveta Ana, prostorije Mjesnog odbora Zapruđe, prostorije Mjesnog odbora Siget i prostorije Mjesnog odbora Slobošćina. Tijekom prikupljanja podataka uočeno je kako se umirovljenici redovito zadržavaju na druženju nakon vježbanja. To je posebno dolazilo do izražaja na lokacijama u sklopu mjesnih odbora gdje bi nakon vježbanja nastavili s druženjem uz dogovore za daljnja druženja, izlete, pa čak i s dogovorima za doček Nove godine. U prostorima Mjesnog odbora Zapruđe, koji je najveći, znalo je biti i premalo mjesta za sve koji su željeli sudjelovati u vježbanju. Tamo su umirovljenici nakon vježbanja redovito organizirali druženje uz kolače i kavu uključujući i društvene igre. Određeni broj umirovljenika vježbao je u više grupa na više lokacija, a uz vježbanje u sklopu gerontološkog centra znali su vježbati i u sklopu programa „Sport za sve“⁶, koji je također za umirovljenike Graga Zagreba besplatan i dostupan na više lokacija. Istraživanju su pristupile većinom žene 95,0 % (N=90) i samo deset muškaraca (5,0 %), zato u istraživanju nije provedena analiza po spolu. Nadalje će se u tekstu govoriti o umirovljenicima misleći pod tim na osobe oba spola. Dosadašnji dostupni podatci o korisnicima programa gerontološkog centra, također govore kako su žene zastupljenije i u ukupnom udjelu korisnika ostalih usluga Gerontološkog centra Sveta Ana (Tomek-Roksandić idr. 2016, 660–678). Različita istraživanja u kulturološko različitim dijelovima svijeta imala su različite podatke o uključenosti osoba u aktivnosti ovisno o spolu, pa su tako veći broj žena od muškaraca uključenih u programe vježbanja imali i Santos i suradnici u čijem su istraživanju žene bile zastupljene sa 79 % (Santos idr. 2017), dok su Derakhshanrad i suradnici 2020. godine u svom istraživanju u Iranu na uzorku od 140 ispitanika zaključili kako se žene za razliku od muškaraca rjeđe uključuju u tjelesne aktivnosti (Derakhshanrad idr. 2020, 135–141). Gallè i suradnici su proveli istraživanje koje

⁶ Zagrebački savez sportske rekreacije. Sport za sve. <https://sportzasve-zagreb.hr/program-sportske-rekreacije-po-gradskim-cetvrtima-u-objektima-mjesne-samouprave-od-26-04-2022/>

je uključivalo 383 starije osobe na području južne Italije u kojem su također žene provele manje vremena u tjelesnim aktivnostima od muškaraca (Gallè idr. 2020). Također je i istraživanje Palacios-Ceña i suradnika iz 2011. provedeno u Španjolskoj pokazalo kako se žene za vrijeme slobodnoga vremena rjeđe uključuju u tjelesne aktivnosti i fitnes nego muškarci (Palacios-Ceña idr. 2011). Zanimljivo bi bilo ponoviti slično istraživanje u južnijim dijelovima Hrvatske gdje se osobe muškog spola možda češće druže uz aktivnosti poput boćanja, u kojima u pravilu žene rjeđe sudjeluju.

Nadalje, u skladu s nekim dosadašnjim istraživanjima i ovo je istraživanje dalo rezultate po kojima se u programe vježbanja najmanje uključuju osobe s najnižim stupnjem naobrazbe. Rezultati su pokazali kako su ispitanici po naobrazbi većinom srednje stručne spreme 50,5 % (N=101), zatim više i visoke stručne spreme 40,5 % (N=81), a najmanje ih je bez završene srednje škole 9,0 % (N=18). Dobivenim rezultatima u prilog govore istraživanja koja su pokazala kako se osobe s višim stupnjem obrazovanja češće uključuju u programe vježbanja (Santos i dr., 2017; Gallè i dr., 2020). S obzirom na podjelu po dobi, većina je ispitanika u dobi od 65 – 69 godina, 34,0 % (N=68), a najmanji je broj u dobi od 80 godina i stariji, 14,0 % (N=28). Najmlađi ispitanik imao je 64 godine dok je najstariji imao 86 godina. Podjelom po zanimanjima najveći broj ispitanika prije odlaska u mirovinu bili su uredski i šalterski službenici 32 % (N=64) dok ih je najmanji broj bio u jednostavnim zanimanjima 6,5 % (N=13), u uslužnim i trgovačkim zanimanjima 8,5 % (N=17), u zanimanjima u obrtu i pojedinačnoj proizvodnji 8,5 % (N=17), a samo se po jedan ispitanik (0,5 %) izjasnio kako je radio kao čelnik ili član zakonodavnih tijela, čelnik i dužnosnik državnih tijela, direktor i samo jedan kao kućanica. Ostali ispitanici bili su stručnjaci i znanstvenici 24,0 % (N=48), inženjeri, tehničari i srodna zanimanja 19,5 % (N=39) dok niti jedan ispitanik nije bio poljoprivrednik, što je bilo i očekivano jer radi o visoko urbanom području iako u njemu postoje još neki dijelovi koji su pod obradivim površinama.

Kod distribucije ispitanika po radnom stažu najveći broj ispitanika, njih 60,0 % (N=120), ima između 31 i 39 godina radnoga staža, zatim slijedi 22,0 % (N=44) ispitanika s 0 – 30 godina radnoga staža dok najmanji broj ispitanika, njih 18,0 % (N=36) ima 40 i više godina radnoga staža. Dobiveni rezultati na tragu su prosječne duljine radnoga staža u Hrvatskoj danas, koji iznosi 31 godinu (Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje – HZMO 2022). Prosječna je dob zaposlenja 21,12 ($\pm 3,628$), a odlaska u mirovinu 55,95 godina ($\pm 5,859$). Najranija je dob zaposlenja 15 godina, a najstarija 40 godina. Najranija navedena dob odlaska u mirovinu iznosi 30 godina dok je najstarija 72 godine. Više od pola ispitanika svoje je materijalno stanje procijenilo prosječnim 57,5 % (N=115), 21 % (N=42) ga je

procijenilo boljim od prosjeka dok ga je 21,5 % (N=43) ocijenilo lošijim od prosjeka. Prosječna sveukupna starosna mirovina korisnika u Hrvatskoj koji su pravo na mirovinu ostvarili u 2022. godini iznosi 2.953,54 kune (392,00 eura) (HZMO 2022). Budući da je samo 21,5 % (N=43) ispitanika procijenilo svoje materijalno stanje gorim od prosjeka, dobiveni rezultati slični su nekim dosadašnjim istraživanjima koja govore u prilog češćem uključivanju starijih osoba boljega socioekonomskog statusa u tjelesne aktivnosti (Bielderman 2016, 120–126; Shuval idr. 2017, 91–97). Nadalje, čak je 45,5 % (N=91) ispitanika izjavilo kako živi samo, 36,0 % (N=72) živi s partnerom dok 18,5 % (N=37) živi u kućanstvu sa širom obitelji. I ovi dobiveni rezultati indirektno ukazuju na viši materijalni status ispitanika uzme li se u obzir kako 45,5 % (N=91) ispitanika živi samo, a prosječna mirovina u Hrvatskoj iznosi 2.953,54 kn, dok se granicom siromaštva u Hrvatskoj smatraju primanja ispod 2.972 kuna po osobi. Manji broj ispitanika koji živi sa širom obitelji u skladu je s trendom koji je zahvatio većinu razvijenih zemalja u kojima dolazi do smanjenja neformalne obiteljske pomoći starijim osobama (Rusac idr. 2016, 50–62; Grad Zagreb, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom 2021).

Nadalje ispitujući kako umirovljenici uključeni u programe vježbanja provode svoje slobodno vrijeme, došli smo do rezultata kako ga najviše provode u kući 38,5 % (N=77) i u šetnji 37,5% (N=75), nakon toga 13,5 % (N=27) ispitanika najviše provodi vrijeme u gerontološkom centru dok najmanji broj ispitanika navodi kako najradije vrijeme provodi kod djece/rođaka, njih 5,5 % (N=11) ili kod prijatelja/susjeda, njih 5 % (N=10). Iz dobivenih rezultata vidimo da većina ispitanika provodi većinu vremena u solitarnim aktivnostima, poput boravka u kući i šetnji, dok manji broj ispitanika provodi najveći dio svoga slobodnoga vremena kod prijatelja i obitelji. U usporedbi s vremenom provedenim kod prijatelja i s obitelji 6 % (N=21) duplo veći broj ispitanika provodi vrijeme u sklopu gerontološkog centra 13,5 % (N=27). Dobiveni rezultati idu u prilog mogućnosti poboljšanja socijalne interakcije i podrške uključivanjem osoba u programe vježbanja (Rowe i Khan 2007, 433–440; Kruk 2014, 7499–7503). Ispitujući učestalost vježbanja ispitanika u sklopu gerontološkog centra, načina na koji su korisnici saznali za programe vježbanja u sklopu centra, njihovu redovitost u vježbanju te način na koji dolaze na vježbe, najveći broj ispitanika 75,0 % (N=150) navodi kako vježba dvaput tjedno, nakon toga slijede oni koji vježbaju više od dva puta tjedno 15 % (N=30), zatim jednom tjedno 8,0 % (N=16), a najmanji broj ispitanika 2 % (N=4) navodi kako vježba rjeđe od jedanput tjedno. Ispitanici koji su vježbali više od dva puta tjedno u razgovoru su naveli da često uz vježbanje na više lokacija u sklopu projekta gerontološkog centra sudjeluju i u besplatnom vježbanju namijenjenom umirovljenicima, a u sklopu

programa „Sport za Sve⁷“. Dobiveni rezultati ukazuju kako najveći broj ispitanika 75,0 % koji vježbaju dva puta tjedno i 8,0 % koji vježbaju jednom tjedno ne zadovoljavaju preporučene razine tjelesne aktivnosti za starije osobe koje se po preporukama WHO-a za starije osobe s ciljem održavanja zdravlja trebaju provoditi tjedno najmanje u opsegu od 150 do 300 minuta u umjerenim aerobnim aktivnostima ili najmanje 70 do 150 minuta u intenzivnim aerobnim aktivnostima (WHO 2020). Kod pitanja *koliko ste izostajali s vježbanja u proteklih godinu dana* 57,0% (N=114) navodi kako su izostali samo par puta tijekom godine, zatim slijedi odgovor, svaki mjesec po nekoliko puta 16% (N=32), a 12% (N=24) je odgovorilo kako nije izostalo niti jednom. Dobiveni rezultati govore u prilog posvećenosti grupi i programu vježbanja u okviru centra. Na pitanje *označite način na koji ste čuli za vježbe u gerontološkom* najveći broj ispitanika, njih 74,0 % (N=148) navodi od susjeda/prijatelja, zatim slijedi odgovor preko udruge umirovljenika 13,5 % (N=27) dok je najmanji broj ispitanika odgovorio prilikom predbilježbe za Dom umirovljenika 1,0 % (N=2). Samo je 4,5 % (N=9) ispitanika čulo za vježbanje putem interneta. Iz dobivenih podataka vidljivo je da je velika većina osoba uključenih u programe vježbanja informacije o istim programima primila putem osobnoga poznanstva ili osobnim kontaktom putem Udruge umirovljenika ili tijekom predbilježbe za Dom umirovljenika. Broj od samo dva ispitanika koja su čula za program putem interneta govori u prilog još uvijek slaboj internetskoj pismenosti osoba uključenih u programe pa je poželjno razmisliti o primjenjivijem pristupu. Nedostatak odgovarajućih informacija o dostupnim programima predstavlja jednu od izraženih prepreka za uključivanje u programe (Bethancourt idr. 2014, 10–20). Samo mjesto održavanja programa vježbanja može predstavljati prepreku ili može poticati na uključivanje u programe (Rejeski idr. 1996, 23–35; Siu idr. 2012; Towne idr. 2016, 977–988). Stoga je ispitan i *način dolaska na vježbanje* u kojem je najveći udio ispitanika naveo kako na vježbanje dolazi pješice 83,0 % (N=166) dok javni prijevoz koristi ukupno 10,0 % (N= 20) ispitanika, 6,5 % (N=13) ispitanika doveze se samo, a samo jednog ispitanika 0,5 % netko drugi vozi. Dobiveni rezultati govore u korist značaja dostupnosti mjesta održavanja za kreiranje uspješnih programa vježbanja namijenjenih starijim osobama s obzirom na to da 83,0 % (N=166) ispitanika dolazi na vježbe pješice bez obzira što se radi o urbanom području s dostupnim gradskim prijevozom koji koristi samo 10,0 % (N=20) ispitanika. Stoga dobiveni rezultati govore u prilog značaju identifikacije mjesta održavanja

⁷ <https://sportzasve-zagreb.hr/program-sportske-rekreacije-po-gradskim-cetvrtima-u-objektima-mjesne-samouprave-od-26-04-2022/>

aktivnosti kako bi to mjesto bilo na udaljenosti koja je pješice dostupna, jer je velika većina osoba uključenih u programe vježbanja dolazila pješice, bez korištenja javnoga ili osobnoga prijevoza.

Nadalje, ispitano je *prisustvo kroničnih bolesti* kod ispitanika pa je 35,0 % (N=70) navelo kako boluje od neke kronične bolesti dok veći broj ispitanika, njih 65,0 % (N=130) navodi kako ne boluje ni od kakve kronične bolesti. Ispitanici uključeni u ovo istraživanje rjeđe su navodili da boluju od neke kronične bolesti, nego što pokazuju podatci nacionalnih statističkih podataka po kojima u Hrvatskoj tri od pet osoba (60 %) starijih od 65 godina navodi kako boluje od barem jedne kronične bolesti (State of Health in the EU, Hrvatska, 2019). Po distribuciji vrste kronične bolesti najveći udio ispitanika, njih 56,5 % (N=113) navodi visok tlak, nakon toga 38,0 % (N=76) navodi bol u križima, 28,5 % (N=57) reumu, 27,0 % (N=54) povišene masnoće u krvi, 25,0 % (N=50) osteoporozu, 17,0 % (N=34) slabiji sluh, 14,5 % (N=34) vrtoglavice i poremećaje ravnoteže, 13,5 % (N=27) povišeni šećer, 13,0 % (N=26) slabo srce, također 13,0 % (N=26 ispitanika) navodi očnu mrežu i 12,0 % (N=24) ispitanika navodi problem s venama. 67,0 % (N=134) ispitanika navodi kako nema smetnji s mokrenjem, 26,0 % (N=52) navodi učestalo noćno mokrenje dok 7,0 % (N=14) navodi kako ima poteškoće s inkontinencijom. Navedeni komorbiditeti govore u prilog potrebe za educiranim stručnjacima iz područja povezanim sa specifičnostima tjelesnih aktivnosti treće životne dobi kako bi se iste mogle provoditi sigurno i učinkovito. Programe vježbanja u sklopu gerontološkog centra zbog toga provodi licencirani fizioterapeut. O rastućoj potrebi educiranih stručnjaka iz područja starenja populacije govore brojne institucije na svjetskoj, regionalnoj i lokalnoj razini, poput Svjetske zdravstvene organizacije i Gradskog ureda za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom Grada Zagreba i Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ (WHO, Healthy ageing 2020; Gerontološki centri grada Zagreba 2017).

Kod promatranih *odlazaka u toplice* najveći broj ispitanika 76,5 % (N=153) nije bio niti u jednim toplicama. Od ispitanika koji su bili u toplicama, najvećoj je broj boravio u Zdravstveno-turističkom centru Banja Vrućica u Bosni i Hercegovini, njih 13,0 % (N=26), slijedi Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Krapinske toplice u kojoj je boravilo 3,5 % (N=7) ispitanika te Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju Varaždinske toplice u kojoj je boravilo 2,5 % (N=5) ispitanika. Zanimljiv je podatak najčešćeg izbora Zdravstveno-turističkog centra Banja Vrućica u Bosni i Hercegovini iako se ne radi o najbližim toplicama niti o toplicama unutar Hrvatske, već se radi o toplicama koje su cijenom povoljnije od toplica u Hrvatskoj te, prema riječima ispitanika, pružaju organiziran prijevoz

i kvalitetnu uslugu. Takvi rezultati govore u prilog potrebi za daljnjim razvojem medicinskog turizma prilagođenoga starijim osobama na ovim područjima.

Ispitujući *interese nakon umirovljenja* dobiveni su rezultati kako se 44,5 % (N=89) ispitanika počelo baviti nečim novim, a 12,5 % (N=25) ispitanika nakon odlaska u mirovinu nastavilo se baviti svojom profesijom što zna biti karakterističan oblik ponašanja *baby bloomer* generacija koje nakon umirovljenja traže nove oblike plaćenih ili neplaćenih aktivnosti (Kojola i Phyllis 2016, 59–70).

Nadalje su ispitanici *problemi koje ispitanici percipiraju* pa su kao svoj trenutno glavni problem naveli oslabljeno zdravstveno stanje 55,5 % (N=111), 23,5 % (N=47) navodi osamljenost, 23,0 % (N=47) ekonomske poteškoće, a 8,5 % (N=17) osjećaj beskorisnosti. U literaturi nalazimo povezanost samo percepcije oslabljenog zdravstvenog statusa sa starijom životnom dobi (Pavlović idr. 2010, 1079–1092; Palacios-Ceña idr. 2011). Osjećaj usamljenosti kod starijih osoba može biti povezan s negativnim učincima socijalnog starenja (Dziechciaż i Filip 2014). U starijoj dobi može se javiti i problem integracije starijih osoba stvaranjem veza s mlađim generacijama (Mesec 2000, 43–53).

Nadalje, 2,5 % (N=5) ispitanika kao svoj trenutni glavni problem navodi depresiju, a 1,0 % (N=2) ageizam. Ispitujući samopercepciju kvalitete života ispitanika za izjavu *kvalitete dosadašnjega života*, dobivena aritmetička sredina iznosi 4,00 uz standardnu devijaciju 1,05 dok je za iste izjave, ali za kvalitetu *sadašnjeg života otkad imaju 65 godina i više*, aritmetička sredina nešto niža i iznosi 3,96 uz standardnu devijaciju 1,16, po čemu možemo primijetiti da u prosjeku ispitanici ne doživljavaju promjenu u percepciji kvalitete života.

Ispitano je *posjeduju li ispitanici kućnog ljubimca* pa je 19,5 % (N=39) ispitanika potvrdno odgovorilo. Dosadašnja istraživanja govore kako posjedovanje kućnog ljubimca kod starijih osoba djeluje pozitivno pružajući im osjećaj svrhe i smisla, smanjujući usamljenost i povećavajući socijalizaciju. Navedeni pozitivni učinci također mogu pozitivno djelovati povećavajući otpornost starijih osoba na mentalne poremećaje (Hui Gan idr. 2020). Dokazi ukazuju da postoji stvarni potencijal kako kućni ljubimci pozitivno utječu na zdravlje i dobrobit starijih osoba, ali baza dokaza još uvijek nije jaka. Također postoji i nedoumica utječu li kućni ljubimci na zdravlje starijih osoba ili se zdrave starije osobe jednostavno odlučuju na kućne ljubimce (Gee i Muller 2019, 183–207).

Dalje su u radu korišteni strukturirani upitnici. Za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja korišten je „Upitnik zdravstvenoga lokusa kontrole ZLK-90“. Upitnik je prilagođen našoj populaciji te se izbor čestica i njihovo grupiranje u četiri skale temelji na analizi čimbenika za koje se u našoj sredini vjeruje da djeluju na zdravlje pojedinaca (Krizmanić i

Szabo 1994; Petriček idr. 2008). Za procjenu zdravstvenoga stanja korišten je „SF-36 upitnik“ (Ware idr. 1993; Vadla 2011, 20–21; Vuletić 2013). Za ispitivanje percepcije socijalne podrške korištena je „Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške“. (Abbey idr. 1985, 111–129). Za ispitivanje ponašanja koja promiču zdravlje korišten je „Zdravstveno promotivni model – Instrument za mjerenje životnog stila koji promiče zdravi način života (HLPL II)“ (Walker idr. 1995; Mašina idr. 2017).

Dobiveni rezultati prosječnih pokazatelja za čestice zdravstvenog lokusa kontrole ZLK-90, na uzorku od 200 ispitanika su prikazani u Tabeli 29. Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *vjerujete li da uništena priroda (zagađeni zrak, voda, hrana) neprekidno šteti Vašem zdravlju* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,36 dok standardna devijacija iznosi 0,63 (Eo-skala okolnosti), zatim *da li vjerujete da rezultati liječenja bilo koje bolesti ovise barem toliko o Vama koliko i o liječniku ili terapiji* (I-skala internalni izvor kontrole) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,22 dok standardna devijacija iznosi 0,57, zatim *vjerujete li da ćete sačuvati svoje zdravlje vodeći računa o tome što i koliko jedete* (I-skala internalni izvor kontrole) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,11 dok standardna devijacija iznosi 0,63. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *vjerujete li da Vas Vaše higijenske navike mogu zaštititi od većine bolesti* (I-skala internalni izvor kontrole) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,76 dok standardna devijacija iznosi 0,69, zatim *da li vjerujete da većinu bolesti od kojih možete oboljeti najuspješnije liječe travari* (Evd-skala važni drugi) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,79 dok standardna devijacija iznosi 0,72, zatim *vjerujete li da većinu bolesti najuspješnije liječe bioenergetičari* (Evd-skala važni drugi) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,81 dok standardna devijacija iznosi 0,68, zatim *da li vjerujete da ćete sačuvati Vaše zdravlje ako pazite što radite i kako živite* (I-skala internalni izvor kontrole) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,84, dok standardna devijacija iznosi 0,60, kao i kod odgovora na pitanje *vjerujete li da bi za Vaše zdravlje bilo mnogo bolje kad bi Vaše radna organizacija (škola, fakultet) organizirala redovite sistematske preglede* (Evd-skala važni drugi) gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika također iznosi 1,84 dok standardna devijacija također iznosi 0,60. Rezultati za posljednju tvrdnju bili su očekivani jer se radi o populaciji koja je u mirovini te u pravilu više nisu dio radne organizacije ili škole.

Medijan i intrakvartilni raspon na uzorku od 200 ispitanika prikazan je u Tabeli 33. Medijan za skale iznosi: za Eo-skalu (okolnosti) medijan iznosi 21,00, za Es-skalu (slučaj, sudbina) 20,00, za I-skalu (internalnog izvora kontrole) 19, za Evd-skalu (važni drugi) 18,00.

Dobiveni rezultati slični su rezultatima koje su dobili Petriček i suradnici u svom istraživanju zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od ishemijske bolesti srca u kojoj su autori došli do rezultata kako ispitanici vjeruju da na njihovo zdravlje najviše utječu okolnosti (Eo), podjednaki utjecaj im imaju sreća/sudbina (Es), ili vlastite snage (I), a najmanje su im važne druge osobe (Evd) (Petriček idr. 2008). Rezultati dobiveni ovim istraživanjem razlikuju se od rezultata koje je dobila Karlović u svom istraživanju provedenom na osobama oboljelima od dijabetesa gdje se pokazalo kako ispitanici pretežno vjeruju da na njihovo zdravlje najviše utječu vlastite snage, zatim su važne druge osobe pa okolnosti dok najmanji utjecaj ima sreća/sudbina (Karlović 2016, 15). Rezultati se također razlikuju od rezultata koje je dobila Ilić u svom istraživanju na populaciji žena mlađe i srednje životne dobi, a koje je uključivalo 170 sudionica u dobi od 25 do 64 godine (prosječne dobi 40 godina) gdje se pokazalo kako ispitanici vjeruju da na njihovo zdravlje najviše utječu vlastite snage pa okolnosti, zatim su važne druge osobe dok najmanji utjecaj ima sreća/sudbina (Ilić 2013, 18). Takve rezultate u kojima se pokazalo kako ispitanici najviše vjeruju da na njihovo zdravlje najviše utječu vlastite snage pa okolnosti, zatim kako su važne druge osobe dok najmanji utjecaj ima sreća/sudbina dobila je i Međimurec ispitujući zdravstveni lokus kontrole na studentskoj populaciji u dobi od 19 do 26 godina (Međimurec 2013). Dobiveni rezultati razlikuju se i od rezultata istraživanja koje je provela Vladetić na osobama s postavljenom dijagnozom migrene, a u dobi od 20 do 65 godina. Istraživanje je pokazalo kako ispitanici najviše vjeruju da na njihovo zdravlje najviše utječu vlastite snage, zatim su važne druge osobe pa okolnosti dok najmanji utjecaj ima sreća/sudbina (Vladetić 2016).

Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice upitnika socijalne podrške na uzorku od 200 ispitanika prikazan je u Tabeli 30. Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje: *molimo, procijenite u kojoj mjeri: pokazuju da im je stalo do Vas kao osobe*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,42 dok standardna devijacija iznosi 0,77. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanje: *molimo, procijenite u kojoj mjeri: Vas slušaju kad trebate s nekim razgovarati*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,10 dok standardna devijacija iznosi 0,89. Za ostalih 6 pitanja aritmetičke su sredine odgovora iznad 3 u rasponu od 3,21 do 3,34. Medijani i intrakvartilni raspon za *stupanj socijalne podrške* na uzorku od 200 ispitanika je prikazan u Tabeli 33. Medijan stupnja socijalne podrške iznosi 26,50. Dobivena razina stupnja socijalne podrške je nešto viša od 23,32 koju je dobio Jakovljević u svom istraživanju povezanosti socijalne podrške i psihičkog zdravlja kod nezaposlenih u Hrvatskoj. Istraživanje je provedeno na uzorku od 1138 nezaposlene osobe registrirane u

Hrvatskoj u dobi od 17 do 62 godine, prosječne dobi od 36,25 godina (Jakovljević 2004) dok je Matić u svom istraživanju provedenom kod 102 ispitanice oboljele od raka dojke u dobi od 27 do 73 godine, prosječne dobi 48,15 godina dobila sličnu razinu socijalne podrške našem istraživanju pa je ista iznosila 26,42 (Matić 2018).

Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice SF-36 upitnika na uzorku od 200 ispitanika prikazan je u Tabeli 31. Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *ograničava li Vas trenutno Vaše zdravlje u obavljanju: kupanje ili oblačenje*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 85,75 dok standardna devijacija iznosi 26,23, zatim *ograničava li Vas trenutno Vaše zdravlje u obavljanju: hodanje 100 metara*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 84,25 dok standardna devijacija iznosi 28,61.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *ograničava li Vas trenutno Vaše zdravlje u obavljanju: fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u napornim sportovima*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 27,25 dok standardna devijacija iznosi 34,65, zatim *općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 39,37 dok standardna devijacija iznosi 21,91.

Medijani i intrakvartilni raspon za dimenzije zdravlja ispitanice SF-36 upitnikom na uzorku od 200 ispitanika prikazan je u Tabeli 33. Dobiveni rezultati medijana za dimenzije zdravlja iznose: *fizičko funkcioniranje* 65,00, *ograničenje zbog fizičkih teškoća* 50,00, *ograničenje zbog emocionalnih poteškoća* 68,00, *energija/umor* 55,00, *emocionalno funkcioniranje* 68,00, *socijalno funkcioniranje* 75,00, *bol* 57,00, *opće zdravstveno stanje* 57,50, *ukupno fizičko zdravlje* 56,88 i *ukupno psihičko zdravlje* 65,65. Rezultati dobiveni ovim istraživanjem niži su u domeni fizičkog funkcioniranja, ograničenje zbog fizičkih teškoća, bol, energija/umor, a viši u domenama općega zdravstvenog stanja, socijalnog funkcioniranja i ukupnog psihičkog zdravlja od rezultata dobivenih prijašnjim istraživanjem provedenim na starijim osobama u Hrvatskoj, a koje je uključivalo 396 ispitanika (Pavlović idr. 2010, 1079–10929). Rezultati se također razlikuju i od rezultata istraživanja koje su proveli Santos i suradnici, a koje je uključivalo 100 starijih osoba. Rezultati ovog istraživanja niži su u dimenzijama: ograničenje zbog fizičkih teškoća, ograničenje zbog emocionalnih poteškoća, energija/umor, opće zdravstveno stanje i ukupno fizičko zdravlje, a viši u domenama: fizičko funkcioniranje, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, bol i ukupno psihičko zdravlje (Santos idr. 2017). Rezultati dobiveni ovim istraživanjem nadalje se razlikuju od rezultata koje su dobili Li i suradnici u svim domenama osim u

domeni fizičkog funkcioniranja, a niži u dimenzijama: bol, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ukupno fizičko zdravlje, te viši u dimenzijama: ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, ukupnog psihičkog zdravlja, socijalnog funkcioniranja, općeg zdravstvenog stanja, energije/umora i emocionalnog funkcioniranja (Li idr. 2018).

Prikaz distribucije ispitanika po prosječnim pokazateljima za čestice HLPL II upitnika na uzorku od 200 ispitanika je prikazan u Tabeli 32. Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *Obavezno doručujem*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,30 dok standardna devijacija iznosi 0,79, zatim *prihvaćam stvari koje u svom životu koje ne mogu promijeniti*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,03 dok standardna devijacija iznosi 0,77. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *kontroliram svoj puls (srčanu frekvenciju)*

prilikom vježbanja, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,41 dok standardna devijacija iznosi 0,69, zatim *svakodnevno konzumiram 6–11 porcija kruha, žitarica, riže i tjestenine*, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,48 dok standardna devijacija iznosi 0,71. Medijani i intrakvartilni raspon za zdravstveno promovirajuća ponašanja ispitana HLPL II upitnikom na uzorku od 200 ispitanika prikazani su u Tabeli 33. Dobiveni medijani za 6 podskupina upitnika iznose: zdravstvena odgovornost 2,11, fizička aktivnost 2,38, prehrana 2,44, duhovni rast 2,44, međuljudski odnosi 2,67, upravljanje stresom 2,38 i za ukupni način života koji promiče zdravlje medijan iznosi 2,40. Dobiveni se rezultati u domeni ukupnog načina života koji promiče zdravlje podudaraju s rezultatom iz istraživanja koje su proveli Li i suradnici na 530 ispitanika starije životne dobi, a koji su bolovali od povišenog krvnog tlaka. U skalama prehrana i upravljanje stresom, rezultati dobiveni u ovom istraživanju niži su, dok su u skalama duhovnog rasta, međuljudskih odnosa, fizičke aktivnosti i zdravstvene odgovornosti dobiveni rezultati viši od rezultata koje su proveli Li i suradnici (Li idr. 2018). Nadalje su rezultati dobiveni ovim istraživanjem niži u svim domenama od rezultata zdravstveno promovirajućeg ponašanja kod osoba mlađe, srednje i starije životne dobi, a koje su dobili Becker i Arnold. Njihovo istraživanje je uključivalo 169 ispitanika u dobi od 60-90 godina, te 232 ispitanika u dobi od 19–39 godine i 131 ispitanik u dobi od 40 do 59 godina (Becker i Arnold 2004, 835–844).

Za testiranje normalnosti distribucije korišten je Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk test. Testiranje je provedeno za sve istraživane varijable i prikazano je u Tabeli 34. Kako su navedene distribucije, uglavnom, drugačije od normalne distribucije, provedene su neparametrijske statističke metode. Za ispitivanje odnosa između promatranih faktora

korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Za potrebe istraživanja komentirani su koeficijenti korelacije veći od 0,3, $r > 0,3$.

Spearmanovim koeficijentom korelacije za promatrane faktore zabilježene su najveće pozitivne korelacije kod pokazatelja: *ukupno fizičko zdravlje* i *ukupno psihičko zdravlje* ($r=0,713$; $p<0,01$), *ukupno psihičko zdravlje* i *način života koji promiče zdravlje (ukupno)* ($r=0,334$; $p<0,01$) dok je značajna negativna korelacija zabilježene između *I skala* i *načina života koji promiče zdravlje (ukupno)* ($r=-0,363$; $p<0,01$). Nadalje, zabilježena je slaba pozitivna korelacija kod pokazatelja: *Način života koji promiče zdravlje (ukupno)* i *Ukupno fizičko zdravlje* ($r=0,261$; $p<0,01$), *Stupanj socijalne podrške* i *Način života koji promiče zdravlje (ukupno)* ($r=0,261$; $p<0,01$), *Stupanj socijalne podrške* i *Ukupno psihičko zdravlje* ($r=0,240$; $p<0,01$). Li i suradnici u svom su radu dobili rezultate koji ukazuju na pozitivnu korelaciju zdravstveno promotivnog stila života (HLPL II) s ukupnom kvalitetom života (SF-36) povezanom sa zdravljem kod starijih osoba koje boluju od povišenog krvnog tlaka (Li idr. 2018). Zhu i suradnici došli su do zaključka kako zdravstvena odgovornost, prehrana, međuljudski odnos, samoispunjenje, vježbanje i upravljanje stresom, kao dimenzije zdravstveno promovirajućih ponašanja (HPLP II) mogu donekle predvidjeti razine zdravlja (SF-36), a povećanje razine zdravlja mogu utjecati na povećanje zdravlja zdravstveno promovirajućih stilova života (Zhu idr. 2022, 518–529). Rezultati našeg istraživanja ukazuju na negativnu korelaciju između I skala (internalna) i načina života koji promiče zdravlje (ukupno). Negativna povezanost internalnog lokusa kontrole i zdravstveno promovirajućeg ponašanja pokazatelj je koji bi bilo zanimljivo dalje istražiti, da saznamo kako najbolje pristupiti poboljšanju razine zdravstveno promotivnih ponašanja. U Hrvatskoj je provedeno istraživanje zdravstvenog lokusa kontrole kod osoba oboljelih od ishemijske bolesti srca dalo rezultate u kojima ispitanici najviše vjeruju da na njihovo zdravlje najviše utječu okolnosti, podjednaki utjecaj imaju sreća ili vlastite snage, a najmanje su im važne druge osobe (Petriček idr. 2008). Grotz i suradnici navode kako se visoka povezanost zdravstvenog lokusa kontrole sa srećom može smatrati rizičnim faktorom za odgovarajuće zdravstveno ponašanje (Grotz idr. 2011, 129–140).

Dalje je u radu provedeno testiranje promatranih faktora za *naobrazbu, dob, radni staž, materijalno stanje, s kim žive u kućanstvu, kvalitetu života nakon umirovljenja*.

U Tabeli 37 prikazan je medijan i interkvartilni raspon za promatrane faktore s obzirom na stupanj *naobrazbe* ispitanika. Rezultati provedenog testiranja po *naobrazbi* pomoću vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa prikazani su u Tabeli 39 te za *Eo skalu* (Skala okolnosti) ukazuju kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na *naobrazbu*

ispitanika, pri čemu se u Tabeli 38 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za *ispitanike koji imaju najniži stupanj naobrazbe (NKV)*, što se uočava i u Tabeli 37 prema vrijednosti medijana i interkvartilnog raspona. Najveći utjecaj okolnosti na zdravlje su dobili i Petriček i suradnici uz podjednak utjecaj sudbine odnosno sreće te vlastitih snaga, a najmanje su važne druge osobe. Istraživanje je uključivalo 47 bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca, prosječne dobi od 65 godina \pm 12,9 godina i većina bolesnika završila je samo osnovnu školu (31/47) (Petriček idr. 2008).

Dalje, primjenom Kruskal–Wallis testa kod: *fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog emocionalnih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, ukupno psihičko zdravlje* može se uočiti kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na *naobrazbu ispitanika*, pri čemu se u Tabeli 38 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za *ispitanike koji imaju SSS ili VŠS/VSS*, što se uočava i u Tabeli 37 prema vrijednosti medijana i interkvartilnog raspona. Povezanost nižeg stupnja obrazovanja s lošom samoprocjenom zdravstvenog stanja uočena je i u istraživanju Marinović Glavić i sur. u kojem je 70% osoba sa završenom osnovnom školom izjavilo kako se ne osjeća fizički zdravo u odnosu na 35% osoba sa završenim srednjoškolskim ili višim stupnjem obrazovanja (Marinović Glavić idr. 2020, 285–291). Rezultate koji ukazuju na povezanost slabijeg stupnja obrazovanja s lošijim doživljajem zdravlja dobili su i Pavlović i suradnici u svom radu iz 2010. godine (Pavlović idr. 2010, 1079–1092). Povezanost viših rezultata SF-36 upitnika s višim stupnjem naobrazbe su dobili i Zhu i suradnici na uzorku od 984 ispitanika u dobi od 60 do 69 godina (Zhu idr. 2022, 518–529).

U Tabeli 40 prikazan je medijan i interkvartilni raspon za promatrane skupine, s obzirom na *dob ispitanika*. Kod vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa prikazanih u Tabeli 42 za: *fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, energija/umor, socijalno funkcioniranje, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje*, signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na *dob ispitanika*, pri čemu se u Tabeli 41 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za *ispitanike koji imaju 65–69 i 70–74 godina*, što se uočava i u Tabeli 40 prema vrijednosti medijana i interkvartilnog raspona. Prijašnja istraživanja također su ukazala na povezanost starije životne dobi iznad 80 godina s nižom razinom tjelesnog fitnesa i lošijom samo procjenom zdravlja (Palacios-Ceña idr. 2011). U prilog nižoj razini percepcije zdravlja kod starije dobne skupine (76 – 91god.) u dimenziji fizičkog funkcioniranja i fizičkih ograničenja govori i istraživanje koje su proveli Pavlović i suradnici (Pavlović idr. 2010, 1079–1092). Nadalje, izostanak negativnog utjecaja starije životne dobi na zdravstveno promvirajuća

ponašanja potvrđuje i istraživanje Beckera i Arnolda koji su došli do rezultata kako su stariji ispitanici pokazali viši stupanj zdravstvene i nutricionističke odgovornosti od mlađih ispitanika te su općenito pokazali višu razinu ispitivanih zdravstveno promotivnih ponašanja (Becker i Arnold 2004, 835–844). Iako su Grotz i suradnici u svom istraživanju došli do rezultata koji ukazuju na povezanost starije životne dobi s višim rezultatima zdravstvenog lokusa kontrole povezanog s vanjskim utjecajem i izraženom komponentom sreće (Grotz idr. 2011, 129–140), naše istraživanje nije ukazalo na povezanost dobi s razinom zdravstvenog lokusa kontrole niti u jednom segmentu, pa tako niti u obliku pozitivne povezanost između starije životne dobi i izraženijega unutarnjeg lokusa kontrole koju su dobili Petriček i suradnici (Petriček idr. 2008). Povezanost starije životne dobi s negativnijom percepcijom stupnja socijalne podrške dobila je i Jakovljević u svom istraživanju u kojem su žene i mlađe nezaposlene osobe percipirale socijalnu podršku većom od starijih nezaposlenih muškaraca (Jakovljević 2004).

Nadalje, pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, ukupno psihičko zdravlje, fizička aktivnost, duhovni rast, međuljudski odnosi, način života koji promiče zdravlje (ukupno)* s obzirom na radni staž ispitanika u Tabeli 45, može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na *radni staž ispitanika*, pri čemu se u Tabeli 44 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju 31–39 i 40 i više godina radnog staža. Pozitivan odnos dužeg radnog staža s osjećajem subjektivnog blagostanja dobili su i Schmälzle i suradnici. Oni su došli do rezultata kako se za osobe koje su se povukle iz radnog odnosa, zadovoljstvo životom nije promijenilo kratkoročno, ali se dugoročno razvijalo pozitivnije dok su osobe koje su otišle u mirovinu zbog nezaposlenosti ili zbog invaliditeta doživjele kratkoročno povećanje zadovoljstva životom, ali su imale negativnije dugoročne putanje zadovoljstva životom (Schmälzle idr. 2019). Wetzel i Mahne su u svom istraživanju došli do rezultata da su oni umirovljenici koji su prethodno radili prijavili niže razine percipirane socijalne isključenosti od onih koji nisu radili. Suprotno očekivanjima autora odlazak u mirovinu nije utjecao na percipiranu socijalnu isključenost umirovljenika koji su prethodno radili. Međutim, za starije osobe koji prije nisu radile, umirovljenje je smanjilo percipiranu društvenu isključenost. Stoga su autori došli do pretpostavke kako za one koji su prethodno radili mirovina predstavlja samo prijelaz iz jednog vrednovanog statusa u

drugi, dok za one koji ne rade odlazak u mirovinu ukazuje na smanjenje stigmatizacije (Wetzel i Mahne 2016).

Istražujući utjecaj samoprocjenjenog *materijalnog stanja*, u Tabeli 48, došli smo do rezultata kako je za komponente: *energija/umor, emocionalno funkcioniranje, bol, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, zdravstvena odgovornost, prehrana, duhovni rast i način života koji promiče zdravlje (ukupno)* postoji statistički značajna razlika s obzirom na procjenu *materijalnog stanja*, pri čemu se u Tabeli 47 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike čije je materijalno stanje bolje od prosjeka. Dobiveni rezultati su u skladu s prijašnjim istraživanjima koja govore kako socio-ekonomski status utječe na kvalitetu života osoba (Cummins 2000, 55–72; Pappa idr. 2009; Kim 2011, 153–173; Murtagh idr. 2015; Dervaj i D´mello 2019). Na Grafikonu 5, možemo vidjeti distribuciju svjetske populacije po dobi i prihodu, iz čega je vidljivo kako zemlje s višim prihodima u pravilu imaju i duži životni vijek, no prilikom analize grafikona treba voditi računa i o raspodjeli sredstava unutar same promatrane zemlje (Gapminder foundation). Lošije materijalno stanje i niži socio-ekonomski status osoba se povezuje i uz izraženiji sjedilački način života (Martins idr. 2021, 1188–1205). Boner i suradnici također navode povezanost višeg socioekonomskog statusa uz bolji doživljaj zdravlja nasuprot kroničnim oboljenjima i stresu koji mogu biti povezani s lošijim zdravstvenim statusom (Bonner idr. 2017, 94). Havelka navodi da se u dosadašnjim studijama pokazalo da starije osobe, osobe ženskog spola, niže naobrazbe i lošijeg socioekonomskog statusa češće procjenjuju svoje zdravlje lošijim od mlađih osoba, muškog spola, višeg stupnja naobrazbe i boljeg socioekonomskog statusa (Havelka 2011, 51–64). Trachte i suradnici su proveli istraživanje čiji su rezultati pokazali pozitivnu povezanost visokog obrazovanja kod žena i visoki prihod kod muškaraca s dobrom procjenom zdravlja. Tjelesno aktivne starije osobe s nižim socioekonomskim statusom imale su veće šanse za bolje zdravlje od neaktivnih starijih osoba s višim socioekonomskim statusom (Trachte idr. 2016). Rezultati dobiveni njihovim istraživanjem govore u korist provođenja programa vježbanja kod socio-ekonomski siromašnijih skupina, a s ciljem prevencije negativnih učinaka lošijeg socio-ekonomskog statusa na zdravlje. U istraživanju provedenom u Hrvatskoj pomoću upitnika zdravstvenog statusa SF-36 na 396 starijih osoba za potrebe istraživanja analizirani su podaci mjesečnih mirovinskih primanja u dvjema skupinama: ispod i iznad arbitrarne granice siromaštva za 2006. godinu ($\pm 1500,00$ kn = $\pm 199,74$ eur). Rezultati su pokazali kako je povezanost s razinom mjesečnih mirovinskih primanja bila statistički značajna samo kod dimenzije mentalnoga zdravlja. Na temelju dobivenih rezultata zaključili su kako su oslabljeno

socijalno i emocionalno funkcioniranje i depresivnost vjerojatno posljedica svjesnosti siromaštva (Pavlović idr. 2010, 1079–1092). Zdravstveno promovirajući stil života podrazumijeva čimbenike poput: znanja, vremena, dostupnost resursa te motivaciju (Holden idr. 2021, 2330–2341). Budući da se dostupnost resursa navodi kao jedan od čimbenika potrebnih za zdravstveno promovirajući stil života, ne iznenađuje u ovom istraživanju dobiven pozitivan utjecaj boljega materijalnog statusa na komponente zdravstveno promovirajućeg stila života u domenama: *zdravstvena odgovornost, prehrana, duhovni rast, način života koji promiče zdravlje (ukupno)*.

Nadalje istražujući utjecaj oblika domaćinstva u kojem ispitanici žive, podijelili smo ispitanike u tri skupine: sam/a živi 45,5% (N=91) ispitanik, s partnerom živi 36,0% (N=72) ispitanik i sa širom obitelji živi 18,5% (N=37) ispitanika. Podjela se vidi u Tabeli 49. Dobiveni rezultati istraživanja donekle su slični rezultatima istraživanja koje su proveli Lučanin i suradnici 2000. godine kad su ispitane 2934 osobe s područja Hrvatske, 986 muškaraca i 1948 žena u dobi od 60 do 103 godine, prosječne dobi 72,7 godina, od kojih je 37,6% bilo samaca, 39,7 supružnika i 15,6% djece (Lučanin idr. 2000, 19–27).

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa u Tabeli 51, rezultati istraživanja pokazali su: *I skala* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na to s kim žive u kućanstvu, pri čemu se u Tabeli 50 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za *ispitanike koji žive sami*. Dosadašnja istraživanja govore u korist pozitivne povezanosti internalnog lokusa kontrole sa zdravljem, rjeđim poboljšavanjem te kraćim trajanjem bolesti (Kardum idr. 2016, 271–292).

Nadalje, pogleda li se vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *stupanj socijalne podrške, fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ukupno fizičko zdravlje, zdravstvena odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast, međuljudski odnosi, upravljanje stresom, način života koji promiče zdravlje (ukupno)* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na to s kim žive u kućanstvu, pri čemu u Tabeli 50 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za *ispitanike koji žive s partnerom ili sa širom obitelji*. Iz dobivenih rezultata možemo vidjeti da osobe koje ne žive same percipiraju višu razinu socijalne podrške. Dosadašnji radovi ukazuju kako viša razina socijalne podrške pozitivno utječe na smanjenje usamljenosti kod starijih osoba, dok nedostatak socijalne podrške i socijalna isključenost mogu kod starijih osoba biti povezane sa smanjenom kvalitetom života i s lošijim zdravstvenim ishodima (Prattley idr. 2020).

Dosadašnja istraživanja govore kako osobe koje žive same, i imaju manju društvenu mrežu te koje rijetko sudjeluju u društvenim aktivnostima imaju veći rizik od socijalne izolacije i od osjećaja usamljenosti (Yeh idr. 2004, 129–138; Coyle i Dugan 2012, 1346–1363). Iz ovog istraživanja je vidljiva pozitivna povezanost života u zajedničkom kućanstvu s elementima zdravstvenog statusa: *fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ukupno fizičko zdravlje i s elementima zdravstveno promovirajućeg ponašanja: zdravstvena odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast, međuljudski odnosi, upravljanje stresom, način života koji promiče zdravlje (ukupno)*. Istražujući utjecaj oblika domaćinstva na potrebu za uslugama zdravstvene skrbi, Lučanin i suradnici došli su do rezultata da samački život starijih osoba ne utječe na povećanu potrebu za uslugama zdravstvene skrbi kod samaca od potrebe koju imaju starije osobe koje žive s obitelji, osim kod potrebe za fizikalnom terapijom u kući, koju su nešto više trebali samci (Lučanin idr. 2000, 19–27).

Dalje je istražen utjecaj umirovljenja na kvalitetu života pa je u Tabeli 52 prikazan je medijan i interkvartilni raspon s obzirom na pitanje *nakon umirovljenja kvaliteta života Vam se*. Pogleda li se u Tabeli 54 vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *I skala, skala Evd* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na kvalitetu života nakon umirovljenja, pri čemu se u Tabeli 53 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike kojima se je kvaliteta života smanjila.

Pogleda li se u Tabeli 54 vrijednost signifikantnosti Kruskal–Wallis testa za: *stupanj socijalne podrške, fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ograničenje zbog emocionalnih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, bol, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, ukupno psihičko zdravlje, zdravstvena odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast, međuljudski odnosi, upravljanje stresom, način života koji promiče zdravlje (ukupno)* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi manje od 5%, odnosno postoji statistički značajna razlika s obzirom na *kvalitetu života nakon umirovljenja*, pri čemu se u Tabeli 53 može uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike kojima se je kvaliteta poboljšala ili ostala ista. Dobiveni su rezultati u skladu s nekim dosadašnjim saznanjima jer je kvaliteta života multidimenzionalni pojam koji se povezuje sa životnim standardom, zdravljem, socijalnom uključenosti te osjećajem pripadnosti (Cummins 2000, 55–72). I prijašnja istraživanja govore u prilog povezanosti kvalitete života s brojnim faktorima, pa tako Abbey i suradnici govore o povezanosti socijalne podrške s kvalitetom života (Abbey idr. 1985). Li i suradnici govore o faktorima koji utječu na kvalitetu života

kod starijih osoba s hipertenzijom, a to su odgovornost za zdravlje, tjelesnu aktivnost, međuljudske odnose, upravljanje stresom, duhovni rast i prehranu (Li idr. 2018).

S obzirom na to kako se kod osoba starijih od 65 godina može očekivati veća incidencija kroničnih bolesti (Rusac idr. 2016, 50–62), također može doći i do promjena u snazi, fleksibilnosti, posturi i hodu te opadanja razine tjelesne aktivnosti (Singh 2002, 262–282), usporedili smo broj kroničnih bolesti ispitanika s dimenzijama zdravlja procijenjenima SF-36 upitnikom za samoprocjenu zdravstvenog stanja. SF-36 upitnik u istraživanjima se koristi i kao upitnik za procjenu kvalitete života povezanu sa zdravljem (Santos idr. 2017; Bashkireva idr. 2018; Li idr. 2018). Dobiveni rezultati u Tabeli 36 ukazuju kako postoji značajna negativna korelacije između svih promatranih komponenti SF-36 upitnika i ukupnih kroničnih bolesti. Slične rezultate dobili su i Zhu i utvrdivši da kod osoba starijih od 60 godina, osim kod dimenzije emocionalnoga funkcioniranja, ispitanici bez kroničnih bolesti imaju statistički značajno više ukupne rezultate mjerene SF-36 upitnikom od ispitanika s kroničnim bolestima (Zhu idr. 2022, 518–529).

Li i suradnici proveli su istraživanje kod osoba srednje i starije životne dobi, koje žive u zajednici, i došli su do rezultata koji ukazuju kako oštećenje fizičke funkcije ima veće štetne učinke na kvalitetu života povezanu sa zdravljem u tjelesnoj i mentalnoj domeni od multimorbiditeta (Li idr. 2021). Murtagh i suradnici navode da, uzimajući u obzir povećanu pojavnost kroničnih bolesti i ostalih oboljenja koja se učestalije javljaju u starijoj životnoj dobi, ne iznenađuje učestalo niža procjena kvalitete života vezane uz zdravlje kod starijih osoba nego kod mlađih (Murtagh idr. 2015). Starije osobe navode prisutnost bolesti kao jedan od glavnih uzroka tjelesne neaktivnosti (Bashkireva idr. 2018).

Iz dobivenih rezultata istraživanja ispitana je prva postavljena hipoteza vezana uz *postojanje pozitivne korelacije između duljine sudjelovanja u programima vježbanja Gerontološkog centra i samopercepcije socijalne podrške kod ispitanika*. Kako bi se ispitala povezanost *duljine vježbanja s percepcijom socijalne podrške* ispitanici su podijeljeni u tri skupine, one koji vježbaju godinu dana 23,5% (N=47), one koji vježbaju 2–9 godina 53,5% te na one koji vježbaju 10 i više godina 23,0% (N=46). Rezultati prikazani u Tabeli 56 pokazali su da ne postoji statistički značajna razlika s obzirom na percipirani *stupanj socijalne podrške i duljinu vježbanja u sklopu gerontološkog centra*. Iz toga proizlazi kako dobivenim rezultatima nije potvrđena prva hipoteza, ali na rezultate možemo gledati donekle kao na pozitivne jer se u programe vježbanja gerontološkog centra uključuju starije osobe kojima se bez obzira na starenje, kako je prolazilo vrijeme u kojem su oni sudjelovali u programima vježbanja, nije smanjio percipirani stupanj socijalne podrške.

Nadalje, ako se pogledaju rezultati ovog istraživanja vezani uz odnos dobi ispitanika za sve promatrane faktore, prikazane u Tabeli 42, možemo uočiti kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika sa *socijalnim funkcioniranjem*, kao dimenzijom zdravlja ispitivanom SF-36 upitnikom. Može se uočiti kako je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju 65–69 i 70–74 godina, što se uočava i u Tabeli 41 prema vrijednosti medijana i interkvartilnog raspona. Socijalna izolacija i usamljenost kod starijih osoba neki su od prediktora lošijeg zdravlja i smrtnosti (Hawkley i Cacioppo 2003, 98–105) dok smanjenje međuljudskih odnosa, gubitak društvenih uloga i osjećaj usamljenosti mogu biti povezani sa socijalnim starenjem. Stoga uključivanje starijih osoba u aktivnosti uz prihvaćanje zadovoljstva životom predstavlja važan čimbenik u poboljšanju psihosocijalnog funkcioniranja (Dziechciaż i Filip 2014). Dobiveni rezultati ovim istraživanjem idu u prilog jednom od ciljeva gerontološkog centra, a to je smanjenje socijalne izoliranosti umirovljenika (Gerontološki centar Sveta Ana⁸).

Provedenim testiranjem djelomično je potvrđena druga hipoteza koja je glasila: *Stupanj samoprocjene zdravlja mjeren SF-36 upitnikom je značajno povezan s percepcijom socijalne podrške mjerenom ljestvicom za procjenu stupnja socijalne podrške*, što se vidi u Tabeli 35. gdje je zabilježena slaba pozitivna korelacija kod pokazatelja *stupanj socijalne podrške* i *ukupno psihičko zdravlje* ($r=0,240$; $p<0,01$). Dobivenim rezultatima hipoteza je djelomično potvrđena samo u segmentu psihičkog zdravlja, u kojem je zabilježena slaba pozitivna korelacija, dok u segmentu ukupnog fizičkog zdravlja nije zabilježena statistički značajna korelacija. U korist pozitivnog utjecaja socijalne podrške na psihičko zdravlje govori i istraživanje provedeno 2004. godine u Hrvatskoj u kojem rezultati istraživanja govore kako nezaposleni mlađi muškarci s višim stupnjem obrazovanja te nezaposleni, koji percipiraju veću socijalnu podršku, procjenjuju vlastito psihičko zdravlje boljim (Jakovljević 2004). Zhu i suradnici su proveli istražili čimbenike koji utječu na zdravlje mlađih starijih osoba, a s ciljem dobivanja referenci za poboljšanje zdravlja starijih osoba. Za ispitivanje zdravstvenog stanja ispitanika korišten je upitnik SF-36, za ocjenu stope socijalne podrške upitnik socijalne podrške (Social Support Rate Score – SSRS), za procjenu samoefikasnosti opća ljestvica samoučinkovitosti (General Self-Efficacy Scale – GSES), a za procjenu zdravstveno promovirajućeg stila života korišten HLPL II instrument. Rezultati istraživanja ukazuju kako su brak, trenutni radni uvjeti, dob, ukupni rezultat socijalne podrške, ukupni rezultat ponašanja koja promiču zdravlje, vrsta posla, prisutnost kronične bolesti i broj djece

⁸ Gerontološki centar Sveta Ana, <https://www.sv-ana.hr/gerontoloski-centar/> (13.3.2020)

u pozitivnoj korelaciji s rezultatom SF-36 i mogu ga predvidjeti. Rezultati su također ukazali kako su socijalna podrška, subjektivna podrška, objektivna podrška i ponašanja traženja potpore povezana s razinom zdravlja ispitanika (Zhu idr. 2022, 518–529). Freak-Poli i suradnici u svom su istraživanju o povezanosti kvalitete života povezanom uz zdravlje sa socijalnom izolacijom, socijalnom podrškom i usamljenošću kao individualnim konceptima došli do rezultata koji su pokazali da su žene koje nisu živjele u socijalnoj izolaciji i koje nisu bile usamljene te koje su imale viši stupanj socijalne podrške imale višu razinu kvalitete života vezane uz zdravlje, a povezanost s mentalnom komponentom zdravlja bila je viša od povezanosti s fizičkom komponentom zdravlja (u usporedbi sa ženama koje su živjele izolirano, s niskom socijalnom potporom i koje su bile usamljene; mentalno zdravlje: 17 do 18 bodova više, tjelesno zdravlje: 5 do 8 bodova više) (Freak-Poli idr. 2022, 1335–1344). Istraživanje Pavlovića i suradnika govori u korist povezanosti dobi, obrazovanja i regije (kontinentalna regija Hrvatske ima bolju percepciju ljestvice fizičkoga zdravlja) na percepciju zdravlja ispitivanu SF-36 upitnikom. Također, urbani sudionici imaju višu percepciju komponenti općega zdravlja, mentalnoga zdravlja, vitalnosti, fizičkih ograničenja i tjelesne boli, a slabije obrazovani sudionici lošije doživljavaju zdravlje (Pavlović idr. 2010, 1079–1092). Marinović Glavić i suradnici također su dobili rezultate koji ukazuju na povezanost nižeg stupnja obrazovanja s lošijom samoprocjenom zdravstvenoga stanja. 70% osoba sa završenom osnovnom školom izjavilo je da se ne osjeća fizički zdravo, naspram 35% osoba sa srednjoškolskim i višim obrazovanjem. Autori su u radu utvrdili i obrnuto proporcionalnu povezanost razine obrazovanja i prisutnosti ograničenja uslijed zdravstvenoga stanja prilikom odrađivanja svakodnevnih aktivnosti (Marinović Glavić idr. 2020, 285–291). Santos i suradnici proveli su istraživanje s ciljem identifikacije sociodemografskog profila i usporedbe kvalitete života starijih osoba koje se bave tjelesnim vježbama u skupini sa starijim osobama sjedilačkog načina života. U provedenom istraživanju sudjelovale su većinom žene 79%, podatci su prikupljeni pomoću dvaju strukturiranih upitnika: prvi se bavio sociodemografskim podacima s pitanjima vezanim uz dob, spol, obrazovanje, bračni status, povijest bolesti i korištenje lijekova, a drugi je uključivao procjenu kvalitete života korištenjem SF-36 upitnika. Dobiveni rezultati pokazali su kako aktivne starije osobe imaju višu razinu obrazovanja u usporedbi sa sjedilačkim starijim osobama (Santos idr. 2017).

Treća hipoteza koja kaže kako *spol i dob utječu na razinu samopercepcije socijalne podrške i zdravlja* nije u cijelosti mogla biti testirana jer je samo 10 ispitanika bilo muškog spola pa se testiranje po spolu nije moglo provesti. Utjecaj dobi na promatrane faktore prikazan u

Tabeli 42 prema rezultatima pokazuje da je hipoteza djelomično potvrđena. Dobiveni rezultati nisu pokazali statistički značajnu razliku *stupnja percepcije socijalne podrške* kod ispitanika s obzirom na *dob*, ali su pokazali statistički značajnu razliku s obzirom na *dob* kod *općeg zdravstvenog stanja* i kod *ukupnog fizičkog zdravlja*, dok kod *ukupnog psihičkog zdravlja* nije potvrđena statistički značajna razlika.

Četvrta hipoteza koja kaže kako *razina osjećaja kontrole utječe na zdravstveno ponašanje ispitanika* također je djelomično potvrđena, što se vidi u Tabeli 35. Vidljivo je da postoji značajna negativna korelacija između *I skala* (internalni izvor kontrole) i *načina života koji promiče zdravlje (ukupno)* ($r=-0,363$; $p<0,01$). Za ostale dimenzije zdravstvenog lokusa kontrole nije utvrđena statistički značajna korelacija sa zdravstveno promotivni ponašanjem ispitanika. Dobiveni rezultati suprotni su mišljenju kako intrinzična motivacija ima pozitivan utjecaj na zdravstveno promovirajući stil života te dovodi do djelovanja u skladu s unutarnjim ciljevima čime osobe dovodi do blagostanja (Gaitan-Sierra i Dempster 2016, 515–532). Također su suprotni i od mišljenja da se viša razina brige za zdravlje i bolje praćenje preporuka vezanih uz zdravstvena ponašanja povezuju s osobama s jačim unutarnjim izvorom kontrole, a niža razina brige za zdravlje povezuje se s osobama s vanjskim lokusom kontrole (Vladetić 2016, 31). Nadalje, neka dosadašnja istraživanja ukazuju kako lokus kontrole može utjecati na različite zdravstvene ishode te je internalni lokus kontrole uglavnom povezan s pozitivnim, a eksternalni s negativnim zdravstvenim ishodima. Međutim, nailazimo i na istraživanja u kojima rezultati pokazuju da lokus kontrole nije povezan s objektivnim indikatorima zdravstvenih ishoda (Kardum idr. 2016, 271–292). Možda se donekle odgovor za ovakve rezultate može naći u saznanju da se životni stil formira od najranije dobi u obiteljskom okruženju. Obiteljska navika zdravog načina života, putem aktivnosti koje potiču zdravlje, potiče usvajanje i razvoj zdravoga načina života u obiteljskim uvjetima (Bryndin, Bryndina 2017, 63–68), a također i u spoznaji da na zdravstveno promotivno ponašanje, osim zdravstvenog lokusa kontrole, djeluju i drugi čimbenici, poput zdravstvene pismenosti (WHO 2012). Istražujući utjecaj zdravstvenog lokusa kontrole na zdravlje kod osoba oboljelih od ishemijske bolesti srca, Petriček i suradnici su do rezultata kako ispitanici najviše vjeruju da na njihovo zdravlje utječu okolnosti, dok sreća i vlastite snage imaju podjednak utjecaj, a najmanje su važne druge osobe. Autori su u istraživanju utvrdili statistički značajnu pozitivnu povezanost između dobi i unutarnjeg lokusa kontrole (Petriček idr. 2008).

7 ZAKLJUČAK

Tijekom zadnjih desetljeća diljem cijelog svijeta došlo je do demografskih promjena u vidu starenja populacije, stoga ljudi danas u prosjeku žive oko 20 godina duže nego što su živjeli prije 50 godina. Međutim, produljenje života ne povlači uvijek sa sobom i dobru kvalitetu života starijih osoba, stoga se pred nas, kao društvo, postavlja novi cilj poboljšanja kvalitete života starijih osoba. Jedan od značajnih faktora koji može utjecati na bolju kvalitetu života u starosti uključuje nastavak, usvajanje i održavanje zdravih navika ponašanja. Zdravo starenje može uvelike utjecati na kvalitetu života starije osobe pa kad govorimo o pojmu zdravog starenja, onda trebamo uvidjeti kako on ne podrazumijeva samo odsustvo bolesti, već zahtjeva i određene okolne uvjete koji pružaju prilike za ostvarivanje potencijala starijih osoba tijekom procesa starenja. Kako bismo mogli iskoristiti maksimalne kapacitete starijih osoba i bili u mogućnosti pružiti im sveobuhvatnu podršku, potrebno je promijeniti i prilagoditi načine na koje kao društvo razmišljamo o starosti i starenju pa nam nameće potreba za promocijom zdravoga starenja, poboljšanjem života starijih ljudi, a time i poboljšanjem života njihovih obitelji i društvenih zajednica u cijelosti. Jedan je od načina za ostvarenjem ovih potreba je putem uključivanja starijih osoba u aktivnosti prilagođenima njihovim afinitetima i mogućnostima.

Rezultati provedenoga istraživanja ukazuju kako su osobe uključene u programe vježbanja Gerontološkog centra Sveta Ana u Novom Zagrebu podjelom po dob su većinom osobe u dobi od 65–69 godina (37%), 70–74 godina (26,5%), 75–79 godina (25,5%), a 7% osoba uključenih u programe vježbanja starije je od 80 godina. Osobe uključene u programe vježbanja najčešće su srednje stručne spreme 50,5%, zatim više i visoke stručne spreme 40,5%, a najmanje ih je bez završene srednje škole 9,0%.. Nadalje, 57,5% ih je procijenilo kako im je materijalno stanje prosječno, 21% smatra ga boljim od prosjeka, a 21,5% ocijenilo ga je lošijim od prosjeka. Jednom kad se uključe u programe vježbanja, starije osobe često nastavljaju s vježbanjem s obzirom na to da ih 23,5% vježba u sklopu centra godinu dana, 53,5% ispitanika vježba između 2–9 godina, a 23,0% ispitanika vježba duže od 10 godina. Nadalje, u korist redovitosti sudjelovanja u programima vježbanja govori i podatak da 12% ispitanika nije izostalo niti jednom s vježbanja u proteklih godinu dana, dok 57,0% ispitanika navodi kako su izostali samo nekoliko puta tijekom godine. Zatim slijede ispitanici koji su svaki mjesec izostali po nekoliko puta 16,0%, dok najmanji postotak ispitanika češće izostaje s vježbanja pa ih je 6,5% izostalo s vježbanja mjesec dana, a 8,0% po dva mjeseca tijekom godine.

Ispitujući povezanost stupnja socijalne podrške i duljine vježbanja, rezultati su pokazali kako ne postoji statistički značajna povezanost između percepcije stupnja socijalne podrške i duljine vježbanja u sklopu gerontološkog centra. Dobiveni rezultati ipak se mogu tumačiti kao djelomično pozitivni jer se radi o programu namijenjenom starijim osobama, a s duljinom vježbanja produljuje se i kronološka dob ispitanika kod kojih u ovom slučaju sa starenjem nužno ne dolazi i do slabljenja percepcije socijalne podrške. Nadalje, istraživanjem je uočena značajna negativna korelacije između svih promatranih komponenti SF-36 upitnika i ukupnih kroničnih bolesti.

Najveće pozitivne korelacije uočene su kod pokazatelja ukupno fizičko zdravlje i ukupno psihičko zdravlje ($r=0,713$; $p<0,01$), ukupno psihičko zdravlje i način života koji promiče zdravlje (ukupno) ($r=0,334$; $p<0,01$), dok je značajna negativna korelacija zabilježena između I skale (internalni izvor kontrole) i načina života koji promiče zdravlje (ukupno) ($r=-0,363$; $p<0,01$). Nadalje, zabilježena je slaba pozitivna korelacija kod pokazatelja: način života koji promiče zdravlje (ukupno) i ukupno fizičko zdravlje ($r=0,261$; $p<0,01$), stupanj socijalne podrške i način života koji promiče zdravlje (ukupno) ($r=0,261$; $p<0,01$), stupanj socijalne podrške i ukupno psihičko zdravlje ($r=0,240$; $p<0,01$).

Ispitana povezanost stupnja naobrazbe s promatranim faktorima pokazala je kako postoji statistički značajna razlika za Eo skalu (Skala okolnosti), pri čemu je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju najniži stupanj naobrazbe (NKV), dok kod faktora: fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog emocionalnih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje i ukupno psihičko zdravlje također postoji statistički značajna razlika s obzirom na naobrazbu ispitanika, pri čemu je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju SSS ili VŠS/VSS. Pokazalo se kako dob utječe sa statističkom značajnošću na fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, energija/umor, socijalno funkcioniranje, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, u kojima je vrijednost rangova značajno viša za ispitanike koji imaju 65–69 i 70–74 godina od ispitanika u dobi od 75–79 godina i kod starijih od 80 godina.

Radni staž ispitanika utječe na: fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, ukupno psihičko zdravlje, fizička aktivnost, duhovni rast, međuljudski odnosi, način života koji promiče zdravlje (ukupno) u kojima je vrijednost rangova značajno najviša za ispitanike koji imaju dulji radni staž od 31–39 i 40 i više godina. Materijalno stanje utječe na: energija/umor, emocionalno funkcioniranje, bol, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, zdravstvena odgovornost, prehrana, duhovni

rast, način života koji promiče zdravlje (ukupno) u kojima je vrijednost pokazatelja najviša za ispitanike čije je materijalno stanje bolje od prosjeka.

S kim ispitanici žive u kućanstvu utječe sa statističkom značajnošću na vrijednost I skale (interanlni lokus kontrole), s tim da je vrijednost pokazatelja najviša za ispitanike koji žive sami. Kod ispitanika koji žive s partnerom ili širom obitelji postoji statistički značajna razlika za: stupanj socijalne podrške, fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ukupno fizičko zdravlje, zdravstvena odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast, međuljudski odnosi, upravljanje stresom, način života koji promiče zdravlje (ukupno), s tim da je kod njih vrijednost pokazatelja najviša.

Percepcija kvalitete života nakon umirovljenja sa statistički značajnom razlikom utjecala je na rezultate: I skale te skale Evd, gdje se može uočiti kako je vrijednost pokazatelja najviša za ispitanike kojima se kvaliteta života smanjila, dok za faktore: stupanj socijalne podrške, fizičko funkcioniranje, ograničenje zbog fizičkih teškoća, ograničenje zbog emocionalnih teškoća, energija/umor, emocionalno funkcioniranje, socijalno funkcioniranje, bol, opće zdravstveno stanje, ukupno fizičko zdravlje, ukupno psihičko zdravlje, zdravstvena odgovornost, fizička aktivnost, prehrana, duhovni rast, međuljudski odnosi, upravljanje stresom, način života koji promiče zdravlje (ukupno) također postoji statistički značajna razlika s obzirom na kvalitetu života nakon umirovljenja, ali ovaj put je vrijednost pokazatelja najviša za ispitanike kojima se je kvaliteta poboljšala ili ostala ista.

U prilog lokalnoj organizaciji programa osim pristupačnosti govori i podatak o načinu informiranja o programima vježbanja iz kojih se vidi koliko je za starije osobe važna podrška lokalne zajednice. Većina ispitanika, njih 74,0 % je za programe gerontološkog centra čulo od susjeda/prijatelja, 13,5 % je čulo preko udruge umirovljenika dok je najmanji broj ispitanika dobio informaciju prilikom predbilježbe za dom umirovljenika 1,0 %. Također je zanimljiva informacija kako je samo 4,5 % ispitanika je čulo za vježbanje putem interneta. Dobiveni podatci nam ukazuju kako je kod starijih osoba s ovog područja direktan kontakt još uvijek najučinkovitiji način prijenosa informacije. Pristupačnost se pokazala kako značajna karakteristika pa se o njoj treba voditi računa prilikom kreiranja programa kako bi se veći broj starijih osoba uključio u zdravstveno promotivne aktivnosti poput vježbanja iz ovoga istraživanja, budući je 83,0 % ispitanika na vježbanje dolazilo pješice, javni prijevoz je koristilo 10,0%; 6,5 % ispitanika se samo dovezlo i jednog ispitanika 0,5 % je netko drugi vozio na vježbanje.

Promatrajući dobivene rezultate, potrebno je znati da su u istraživanju sudjelovale starije osobe uključene u programe vježbanja s područja Novog Zagreba koji se kolokvijalno

nazivao „gradskom spavaonicom“, jer je u tom dijelu grada desetljećima nedostajalo sadržaja, kako radnih, tako i zabavnih pa se za posao ili zabavu u velikoj većini trebalo preći rijeku Savu i otići u središnji dio grada. To je jedan od razloga zašto je proučavanje povezanosti psihosocijalnih karakteristika i percepcija zdravlja starijih osoba s ovog područja posebno zanimljivo. Veliki udio osoba starije životne dobi u populaciji, kako većine razvijenih zemalja svijeta, tako i Zagreba, a posebno Novog Zagreba, stavlja pred nas izazove s kojima se trebamo suočiti. Jedan od pozitivnih primjera uključivanja starijih osoba u programe vježbanja i/ili u programe društvenih aktivnosti programi su gerontoloških centara. Danas, više nego ikada prije u povijesti suvremenog društva, a s ciljem pozitivnog djelovanja na promociju zdravog starenja trebamo razumjeti koje su to karakteristike starijih osoba i koje su poveznice između njih i određenih zdravstveno promotivnih ponašanja. Trenutne društvene promjene u vidu produljenja života, smanjenoga nataliteta, povećane emigracije radno sposobne populacije u Hrvatskoj u zadnjim desetljećima te povećanja troškova zdravstvene skrbi uvjetuju razradu novih modela skrbi za starije. Same ispitivane osobe donekle su već našle načine kako se organizirati i prilagoditi postojeće modele svojim potrebama; u istim prostorima organizirali druženja nakon vježbanja, dogovarali zajedničke odlaske u toplice, te se povezali s Maticom umirovljenika putem koje su dogovarali odlaske u susjedni Bosnu i Hercegovinu, u Banju Vrućicu, iz koje su im ponudili najbolje pakete ponude. Dogovarali su organizirane odlaske na doček Nove Godine. Ono što se moglo primijetiti bio je mali broj muških osoba uključenih u aktivnosti; nekoliko njih, koji su dolazili na vježbanje, većinom su bili tu radi društvenih igara nakon vježbanja, stoga bi se možda moglo razmisliti o organiziranju druženja uz društvene igre kako bi se privukao veći broj muških sudionika, onda uključiti i određene programe vježbanja. Dobiveni podatci uvelike pružaju uvid u brojne karakteristike starijih osoba uključenih u programe vježbanja s područja Novog Zagreba, razinu njihovih zdravstvenih lokusa kontrole, zdravstveno promotivnih ponašanja, percepcije socijalne podrške, percepcije zdravlja, psihosocijalne karakteristike ispitanika i među odnose istih doprinoseći tako mogućnostima razvoja novih strategija koje za cilj imaju prevenciju bolesnog starenja. Nadalje, dobili smo podatke o povezanost kvalitete života vezane uz zdravlje, njenu povezanost s psihosocijalnim čimbenicima i izvorom kontrole zdravlja ispitanika. Cilj razumijevanja zdravstvenog lokusa kontrole i zdravstveno promotivnih ponašanja kod starijih može nas uputiti na koje segmente trebamo djelovati i kod mlađih osoba kako bismo ih pripremili za promjene koje nas sve očekuju. Svrha i cilj ove disertacije je unapređenje sociogerontoloških programa izvan institucijske skrbi za starije, kroz ispitivanje povezanost kvalitete života vezane uz zdravlje

kod osoba uključenih u programe vježbanja u Gerontološkom centru, njenu povezanost s psihosocijalnim čimbenicima i izvorom kontrole zdravlja ispitanika. Najnovije spoznaje iz ovog istraživanja pružaju uvide koji će se moći iskoristiti u poboljšanju kvalitete života starijih osoba u Republici Hrvatskoj. Slijedom navedenog istraživanje može poslužiti kao podloga u osmišljavanju novih i razvoju već postojećih aktivnosti s ciljem poboljšanja i unaprjeđenja kvalitete života starijih osoba. Povjerenje koje su ispitanici pokazali u fizioterapeute koji su vodili programe vježbanja u sklopu gerontološkog centra svojim redovitim dolascima pruža nam informaciju kako je kreiranje programa vježbanja pod stručnim nadzorom fizioterapeuta pravi put izbora. Gledajući s aspekta fizioterapeuta kao zdravstvenih profesionalaca uključenih u programe vježbanja u Hrvatskoj važna je informacija kako u zadnjih deset godina po prvi puta imamo mogućnost visokoškolskog obrazovanja na razini magisterija i na nekim visokoškolskim ustanovama fizioterapeuti danas imaju mogućnost slušanja kolegija iz područja gerontofizioterapije čime stječu temeljna znanja iz specifičnosti fizioterapijskih postupaka starije životne dobi.

Budući su podatci za ovo istraživanje prikupljeni prije pandemije COVID-19, bilo bi zanimljivo ponoviti istraživanje na istom području kako stekli uvid koliko je pandemija COVID-19 utjecala na uključivanje i sudjelovanje starijih osoba u programima vježbanja gerontološkog centra.

10 POPIS PREDVIĐENE LITERATURE I IZVORA

1. Abbey, Antonia, David J. Abramis i Robert D. Caplan. 1985. Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology* 6 (2): 111–129.
2. Ahn, Young-joo i Megan C. Janke. 2011. Motivations and benefits of the travel experiences of older adults. *Educational Gerontology* 37 (8): 653–673.
3. Akanni, Olufolake Odufuwa, Matthew Lee Smith i Marcia Ory. 2017. Cost-effectiveness of a community exercise and nutrition program for older adults: Texercise Select. *International journal of environmental research and public health* 14 (5): 545.
4. Allender, Steven, Gill Cowburn i Charlie Foster. 2006. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health education research* 21 (6): 826–835.
5. André, Nathalie i Agbangla Nounagnon Frutueux. 2020. Are Barriers the Same Whether i Want to Start or Maintain Exercise? A Narrative Review on Healthy Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG. doi:10.3390/ijerph17176247.
6. Anokye, Nana Kwame, Paul Trueman, Colin Green, Toby G. Pavey i Rod S. Taylor. 2012. Physical activity and health related quality of life. *BMC public health* 12, no. 1: 1–8.
7. Antikainen, Lina. 2011. Investigating the effectiveness of physical activity interventions for older adults: 95–96. Dostupno na: <https://doi.org/10.57709/2110962> (30. kolovoz 2019)
8. Ashe, Maureen, William Miller, Janice Eng i Luc Noreau. 2009. Older adults, chronic diseases and leisure-time physical activity. *Gerontology*, 55 (1): 64–72.
9. Ashford, Stefanie, Jemma Edmunds i David French. 2010. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British journal of health psychology* 15 (2): 265–288
10. Aslan, Korkmaz, Kartal Asiye, Özen Çınar İlgün i Koştu Nazan. 2017. The relationship between attitudes toward aging and health-promoting behaviours in older adults. *International journal of nursing practice*, 23(6), e12594.
11. Australian Government Department of Health and Ageing. 2009. *Physical activity*. Dostupno na: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/health-pubhlth-strateg-phys-act-guidelines> (13. veljača 2019)

12. Baert, Veerle, Ellen Gorus, Tony Mets, Christel Geerts i Ivan Bautmans. 2011. Motivators and barriers for physical activity in the oldest old: a systematic review. *Ageing research reviews* 10 (4): 464–474.
13. Bandura, Albert, 1998. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and health*, 13(4): 623–649.
14. Bandura, Albert. 2004. Health promotion by social cognitive means. *Health education & behavior* 31(2): 143–164
15. Barić, Renata, 2012. Motivacija i prepreke za tjelesno vježbanje. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 63 (3): 47–59.
16. Bashkireva, Anastasia, Yu Bogdanova Alexandra, Ya Bilyk, A. V. Shishko, E. Yu Kachan i V. A. Arutyunov. 2018. Quality of life and physical activity among elderly and old people. *Advances in Gerontology= Uspekhi Gerontologii* 31, no. 5: 743–750.
17. Bauman, Adrian E., Reis Rodrigo S, Sallis James F, Wells Jonathan C, Loos Ruth JF i Martin Brian W. 2012. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. *The Lancet*, Volume 380, Issue 9838, 258–271,
18. Beard, John R., Alana Officer, Islene Araujo De Carvalho, Ritu Sadana, Anne Margriet Pot, Jean Pierre Michel, Peter Lloyd-Sherlock, JoAnne E Epping-Jordan, G M E E (Geeske) Peeters, Wahyu Retno Mahanani, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan i Somnath Chatterji. 2016. The World Report on Ageing and Health: A Policy Framework for Healthy Ageing. *The Lancet* 387, no. 10033: 2145–54. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4). (12. ožujak 2021)
19. Becker, Craig M. i Arnold William. 2004. Health promoting behaviors of older Americans versus young and middle aged adults. *Educational Gerontology*, 30(10), 835–844.
20. Bennie, Jason A., Katrien De Cocker, Toby Pavey, Emmanuel Stamatakis, Stuart JH Biddle i Ding Ding. 2019. Muscle strengthening, aerobic exercise, and obesity: a pooled analysis of 1.7 million US adults. *Obesity* 28, no. 2: 371–378.
21. Berkman, Lisa F., Thomas Glass, Ian Brissette i Teresa E. Seeman. 2000. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social science & medicine* 51, no. 6 (2000): 843–857.
22. Bethancourt, Hilary, Dori E. Rosenberg, Tara Beatty i David E. Arterburn. 2014. Barriers to and facilitators of physical activity program use among older adults. *Clinical medicine & research* 12 (1–2): 10–20.

23. Bielderman, Johanne Henrike. 2016. *Active Ageing and Quality of Life: Community-dwelling Older Adults in Deprived Neighbourhoods*. Rijksuniversiteit Groningen: 120–126
24. Blumenthal, James A., Michael A. Babyak, Kathleen A. Moore, W. Edward Craighead, Steve Herman, Parinda Khatri, Robert Waugh, Melissa A. Napolitano, Leslie M. Forman, Mark Appelbaum, Murali Doraiswamy i Ranga Krishnan. 1999. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of internal medicine* 159, no. 19: 2349–2356.
25. Boehm, Jackie, Richard C. Franklin, Rose Newitt, Kathryn McFarlane, Tonya Grant i Barbra Kurkowski. 2013. Barriers and motivators to exercise for older adults: a focus on those living in rural and remote areas of Australia. *Australian journal of rural health* 21 (3): 141–149.
26. Bond, John i Cabrero Gregorio Rodriguez. 2007. Health and dependency in later life. *Ageing in society* 3 edition: 113–141. London. Sage.
27. Bonner, William, Ian Andrew, Robert Weiler, Rotimi Orisatoki, Xinya Lu, Mustafa Andkhoie, Dana Ramsay, Mohsen Yaghoubi, Megan Steeves, Michael Szafron i Marwa Farag. 2017. Determinants of self-perceived health for Canadians aged 40 and older and policy implications. *International journal for equity in health* 16 (1): 94.
28. Booth, Michael, Nevile Owen, Adrian Bauman, Ornella Clavisi i Eva Leslie. 2000. Social–cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Preventive medicine*, 31 (1): 15–22.
29. Brach, Jennifer, Andrea Kriska, Nancy Glynn i Anne Newman. 2008. Physical activity and the older adults: Measurement, benefits, and risks. *Current Cardiovascular Risk Reports* 2 (4): 305–310.
30. Brach, Jennifer, Simonsick Eleanor, Kritchevsky Stephen, Yaffe Kristine i Newman Anne. 2004. The association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 502–509.
31. Bryndin, Evgeniy G. i Bryndina Irna. 2017. Formation of public health care on basis of healthy lifestyle. *International Journal of Psychological and Brain Sciences* 2, no. 3: 63–68.
32. Buffel, Tine, Paul McGarry, Chris Phillipson, Liesbeth De Donder, Sarah Dury, Nico De Witte, An-Sofie Smetcoren i Dominique Verté. 2016. Developing age-friendly

- cities: Case studies from Brussels and Manchester and implications for policy and practice. *Environmental Gerontology in Europe and Latin America*, pp. 277–296. Springer, Cham
33. Cacioppo, John T., Mary Elizabeth Hughes, Linda J. Waite, Louise C. Hawkley i Ronald A. Thisted. 2006. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging* 21, no. 1: 140.
 34. Caliendo, Marco, Deborah A. Cobb-Clark i Arne Uhlenhorff. 2015. Locus of control and job search strategies. *Review of Economics and Statistics* 97 (1): 88–103.
 35. Carr, Kelly, Patricia L. Weir, Dory Azar, and Nadia R. Azar. 2013. Universal design: a step toward successful aging. *Journal of aging research*. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/324624> (1.3.2018)
 36. Carter, Teresa J., Carrie J. Boden i Kathy Peno, ur. 2019. *Transformative Learning in Healthcare and Helping Professions Education: Building Resilient Professional Identities*. Charlotte, New York. Information Age Publishing
 37. Cavanagh, Peter, JW Evans, Maria Fiatarone, James Hagberg, Edward McAuley i Jill Startzell. 1998. Exercise and physical activity for older adults. *Med. Sci. Sports Exerc* 30 (6): 1–29.
 38. Chang, Po-Ju, Linda Wray i Yeqiang Lin. 2014. Social relationships, leisure activity, and health in older adults. *Health Psychology* 33 (6): 516–523.
 39. Chen, Yixin i Thomas Hugh Feeley. 2014. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults. An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships* 31 (2): 141–161.
 40. Cho, Dongwook, Jay Post i Sung Kyeom Kim. 2018. Comparison of Passive and Active Leisure Activities and Life Satisfaction with Aging. *Geriatrics and Gerontology International* 18 (3). Blackwell Publishing: 380–86. doi:10.1111/ggi.13188.
 41. Chodzko-Zajko, Wojtek J., David N. Proctor, Maria A. Fiatarone Singh, Christopher T. Minson, Claudio R. Nigg, George J. Salem i James S. Skinner. 2009. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & science in sports & exercise* 41, no. 7: 1510–1530. Dostupno na: https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2009/07000/Exercise_and_Physical_Activity_for_Older_Adults.20.aspx (10. travanj 2019).
 42. Chodzko-Zajko, Wojtek, Andiara Schwingel i Chae Hee Park. 2008. Successful aging: the role of physical activity. *American Journal of Lifestyle Medicine* 3 (1): 20–28.

43. Costello, Ellen, Marcia Kafchinski, JoEllen Vrazel i Patricia Sullivan. 2011. Motivators, barriers, and beliefs regarding physical activity in an older adult population. *Journal of geriatric physical therapy* 34 (3): 138–147.
44. Coyle, Caitlin E. i Dugan Elizabeth. 2012. Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of aging and health* 24.8: 1346–1363.
45. Cummins, Robert A. 2000. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social indicators research* 52 (1): 55–72.
46. DALYs -Disability-adjusted life years. 2020. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158> (15. ožujak 2021)
47. Davis, Mark, Kenneth Fox, Melvyn Hillsdon, Debbie Sharp, Jo Coulson i Janice Thompson. 2011. Objectively measured physical activity in a diverse sample of older urban UK adults. *Med Sci Sports Exerc* 200 (43):647–654
48. De Groot, Gudrun, Cathrine Lindgren i Lisbeth Fagerström. 2011. Older adults' motivating factors and barriers to exercise to prevent falls. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 18 (2): 153–160.
49. De Rezende, Leandro Fornias Machado, Rey-Lopez Juan Pablo, Matsudo Victor Keihan Rodrigues i Luis Olinda. 2014. Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC public health* 14 (1): 333. Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-333> (4. svibanj 2019)
50. Derakhshanrad, Seyed Alireza, Emily Piven i Bahareh Zeynalzadeh Ghoochani. 2020. A Cross-Sectional Study to Investigate Motivation for Physical Activity in a Sample of Iranian Community-Dwelling Older Adults. *Health Promotion Perspectives* 10 (2). Tabriz University of Medical Sciences: 135–41. Dostupno na: [doi:10.34172/hpp.2020.22](https://doi.org/10.34172/hpp.2020.22). (14. prosinac 2021).
51. Despot Lučanin, Jasminka. 2003. *Iskustvo starenja*. Naklada Slap: Jastrebarsko
52. Devraj, Shilpa i Mackwin Kenwood D'mello. 2019. Determinants of quality of life among the elderly population in urban areas of Mangalore, Karnataka. *Journal of Geriatric Mental Health* 6, no. 2: 94.
53. Di Liegro, Carlo Maria, Schiera Gabriella, Proia Patrizia i Di Liegro Italia. 2019. Physical activity and brain health. *Genes*, 10(9), 720. Dostupno na: <https://www.mdpi.com/2073-4425/10/9/720/htm> (15. rujan 2020).
54. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. 2013. *Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. Stanovništvo po spolu i starosti*. Zagreb: Državni zavod za

statistiku Republike Hrvatske. Dostupno na:

http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf (10.travanj 2021)

55. Dziechciaż, Malgorzata i Rafał Filip. 2014. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 21, no. 4.
56. Esparza-Del Villar, Oscar Armando, Montañez-Alvarado Priscila, Gutiérrez-Vega Marisela, Carrillo-Saucedo Irene Concepcion, Gurrola-Peña Gloria Margarita, Ruvalcaba-Romero Norma Alicia, Garcia-Sanchez Maria Dolores i Ochoa-Alcaraz Sergio Gabriel. 2017. Factor structure and internal reliability of an exercise health belief model scale in a Mexican population. *BMC public health* 17(1): 229
57. Etman, Astrid, Alex Burdorf, Tischa JM Van der Cammen, Johan P Mackenbach i Frank J Van Lenthe. 2012. Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries. *J epidemiol community health* 66 (12): 1116–1121.
58. European Parliament. 2012. Decisions. Decision No 940/2011/EU of the European Parliament and of the Council. On the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations. Strasbourg: *Official Journal of the European Union*. Dostupno na: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/536344/EPRS_IDA\(2015\)536344_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/536344/EPRS_IDA(2015)536344_EN.pdf) Pristupljeno: (15.siječanj 2020)
59. EU's Country Health Profiles 2019. Dostupno na: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_hr_croatian.pdf (10. veljače 2020)
60. Farhud, Dariush D. 2015. Impact of lifestyle on health. *Iranian journal of public health* 44, no. 11: 1442.
61. Fesko, Lynch Sheila, Hall Allison Cohen, Quinlan Jerrilyn i Jockell Catherine. 2012. Active aging for individuals with intellectual disability: Meaningful community participation through employment, retirement, service, and volunteerism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 117 (6): 497–508.
62. Forjaz, Maria João, Rodriguez-Blazquez Carmen, Ayala Alba, Rodriguez-Rodriguez Vicente, de Pedro-Cuesta Jesús, Garcia-Gutierrez Susana i Prados-Torres Alexandra. 2015. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *European journal of internal medicine*, 26(3), 176–181.
63. Fortuna, Višnja i Vadlja Irena. 2013. *Zagrebačka retro[per]spektiva. 2012. Europska godina aktivnog starenja i solidarnosti među generacijama*. Grad Zagreb. Dom

- za starije i nemoćne osobe „Park“ (9). Dostupno na:
<https://www.zagreb.hr/userdocsimages/arhiva/Retroperspektiva%20za%20web.pdf> (15. ožujak 2021.)
64. Freak-Poli, Rosanne, Joanne Ryan, Thach Tran, Alice Owen, Joanna McHugh Power, Michael Berk i Nigel Stocks. 2022. Social isolation, social support and loneliness as independent concepts, and their relationship with health-related quality of life among older women. *Aging & mental health* 26, no. 7: 1335–1344.
65. Gaitan-Sierra, Carolina i Martin Dempster. 2016. Choosing to engage and choosing to persist: The role of non-specific factors in health-promoting activities. *British journal of health psychology* 21, no. 3: 515–532.
66. Gallè, Francesca, Elita Anna Sabella, Giovanna Da Molin, Eduardo Alfonso Parisi, Giorgio Liguori, Maria Teresa Montagna, Osvalda De Giglio, Luca Tondini, Giovanni Battista Orsi i Christian Napoli. 2020. Physical Activity in Older Adults: An Investigation in a Metropolitan Area of Southern Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (3). MDPI AG. Doi:10.3390/ijerph17031034.
67. Gapminder foundation. *How Does Income Relate to Life Expectancy?* Dostupno na: [https://www.gapminder.org/tools/#\\$chart-type=bubbles&url=v1](https://www.gapminder.org/tools/#$chart-type=bubbles&url=v1) (15. siječanj 2020)
68. Garber, Carol, Bryan Blissmer, Michael Deschenes, Barry Franklin, Michael Lamonte, Min Lee i David Swai. 2011. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 43 (7): 1334–1359.
69. Gee, Nancy R. i Megan K. Mueller. 2019. A systematic review of research on pet ownership and animal interactions among older adults. *Anthrozoös* 32, no. 2: 183–207.
70. Gerontološki centar Sveta Ana. Dostupno na: <http://www.sv-ana.hr/gerontoloski-centar/> (18. kolovoz 2018)
71. Goll, Johanna C., Georgina Charlesworth, Katrina Scior i Joshua Stott. 2015. Barriers to social participation among lonely older adults: The influence of social fears and identity. *PloS one* 10, no. 2
72. Gondim, Olivia Santos, Vinicius Tadeu Nunes de Camargo, Fernanda Almeida Gutierrez, Patricia Fátima de Oliveira Martins, Maria Elizabeth Pereira Passos, Cesar Miguel Momesso, Vinicius Coneglian Santos, Renata Gorjão, Tania Cristina Pithon-Curi i Maria Fernanda Cury-Boaventura. 2015. Benefits of regular exercise on inflammatory and

- cardiovascular risk markers in normal weight, overweight and obese adults. *PLoS One* 10 (10) Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140596> (13. lipanj 2019)
73. Goriup, Jana, Čagan Branka i Krošl Katja. 2015. Education of older people for combating their loneliness. *Acta Technologica Dubnicae* 5.1: 21–36.
74. Grad Zagreb, Popis stanovništva, kućanstava i stanova. Dostupno na: http://www1.zagreb.hr/zgstat/documents/POPIS%202011/GZ_stanovnistvo_kucanstva_stanovi/Popis2011_StanovniciKucanstvaStanovi_GradZagreb.pdf (15. sječanj 2019)
75. Grad Zageb, službene stranice. *Gerontološki centri*. Dostupno na: <http://www.zagreb.hr/projekt-gerontoloski-centri-grada-zagreba/5630> (18.listopad 2019)
76. Grad Zagreb, Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom. 2021. *Gerontološki centri Grada Zagreba, 17 nam je godina tek*. Dostupno na: <https://www.zagreb.hr/UserDocsImages/fotogalerija/gradske%20vijesti/Gerontoloski%20centri%20Grada%20Zagreba.pdf> (15. siječanj 2022)
77. Grad Zagreb, službene stranice. 2020. *Zagrebačka strategija za unapređenje kvalitete života osoba starije životne dobi za razdoblje od 2020. do 2024*. Dostupno na: <http://www1.zagreb.hr/slglasnik/index.html#/akt?godina=2020&broj=150&akt=E5691D36BDC3F122C12585910026B7CF> (15. travanj 2021)
78. Gradska četvrt Novi Zagreb istok. Dostupno na: <https://aktivnosti.zagreb.hr/gradske-cetvrti-19/novi-zagreb-istok/153> (12.6.2022)
79. Gradska četvrt Novi Zagreb zapad. Dostupno na: <https://aktivnosti.zagreb.hr/gradske-cetvrti-19/novi-zagreb-zapad/154> (12.6.2022)
80. Gradski ured za strategijsko planiranje i razvoj Grada. Dostupno na: <https://www.zagreb.hr/aktivnosti/15068> (11. travanj 2022)
81. Greblo Jurakić i Zrinka, Jurakić Danijel. 2019. Motivi za sudjelovanje u tjelesnoj aktivnosti odraslih osoba u Hrvatskoj: populacijsko presječno istraživanje. *Medicus*, 28.2 Tjelesna aktivnost: 135–141.
82. Grotz, Marlene, Ulfert Hapke, Thomas Lampert i Harald Baumeister. 2011. Health locus of control and health behaviour: Results from a nationally representative survey. *Psychology, health & medicine* 16 (2): 129–140.
83. Hanawi, Siti Aishah, Saat Nur Z. Mohd, M. Zulkafly, Hazlenah Hanafiah, N. H. Taibukahn, D. Yoganathan, N. N. Abdul Rahim, N. A. A. Mohd Bashid, F. A. Abdul Aziz i F. J. Low. 2020. Impact of a Healthy Lifestyle on the Psychological Well-being of University Students. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences* 9, no.

84. Havelka Mladen. 2011. Zdravstvena psihologija, nastavni tekstovi, verzija: 12. Zagreb. Visoka zdravstvena škola: 51–64.
85. Hawkley, Louise i Cacioppo T. John. 2003. Loneliness and pathways to disease. *Brain Behavior and Immunity*, 17, 98–105.
86. Heath, Gregory W., Diana C. Parra, Olga L. Sarmiento, Lars Bo Andersen, Neville Owen, Shifalika Goenka, Felipe Montes, Ross C. Brownson i Lancet. 2012. Physical Activity Series Working Group. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *The lancet* 380 (9838): 272–281.
87. Heikkinen, Riitta-Liisa i Markku Kauppinen. 2004. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of gerontology and geriatrics* 38, no. 3: 239–250
88. Herc, Mladen, Goran Ristovski i Mirjana Telebuh. Otago program i sprečavanje padova kod osoba starije životne dobi. 2017. *Physiotherapia Croatica* 14, no. 1. : 122–129.
89. Hetherington, Sharon Ann. 2012. *Physical activity and healthy ageing: A mixed methods study of the factors influencing older people's physical activity decisions and behaviours*. Doctoral dissertation. University of Tasmania Dostupno na: <https://eprints.utas.edu.au/14705/> (12. studeni 2021)
90. Heyn, Patricia, Beatriz C. Abreu i Kenneth J. Ottenbacher. 2004. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation* 85.10: 1694–1704.
91. Hogervorst, Eef, Angela Clifford, Jennifer Stock, Xu Xin i Stephan Bandelow. 2012. Exercise to Prevent Cognitive Decline and Alzheimer's disease: For Whom, When, What, and (most importantly) How Much? *Journal of Alzheimer's Disease and Parkinsonism* 2: 117. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0460.1000e117> (5. prosinac 2019)
92. Holden, Chelsey L., P. Rollins i M. Gonzalez. 2021. Does how you treat yourself affect your health? The relationship between health-promoting behaviors and self-compassion among a community sample. *Journal of health psychology* 26, no. 12: 2330–2341.
93. Holt-Lunstad, Julianne, Timothy B. Smith i J. Bradley Layton. 2010. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine* 7, no. 7 (2010): e1000316.
94. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2020. *Gotovo dvije trećine odraslih osoba u Hrvatskoj ima prekomjernu tjelesnu masu ili debljinu!* Dostupno na:

- <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/gotovo-dvije-trecine-odraslih-osoba-u-hrvatskoj-ima-prekomjernu-tjelesnu-masu-ili-debljinu/> (15. rujan 2021)
95. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2022. Izvješće – *Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2021. godini*. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/08/Prirodno_kretanje_2021_0822.pdf (10. lipanj 2022.)
96. Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje – HZMO. *Aktualna statistika*. Dostupno na: <https://www.mirovinsko.hr/hr/aktualna-statistika-za-prosinac-2021-isplata-u-sijecnju-2022/148> (15. lipanj 2022)
97. Hudson, Robert B. 2010. *The new politics of old age policy*. Johns Hopkins University Press; second edition 3–17. Baltimore. USA
98. Hughes, Amanda, David Galbraith i David White. 2011. Perceived competence: A common core for self-efficacy and self-concept? *Journal of Personality Assessment* 93 (3): 278–289.
99. Hui Gan, Genieve Zhe, Anne-Marie Hill, Polly Yeung, Sharon Keesing i Julie Anne Netto. 2020. Pet ownership and its influence on mental health in older adults. *Aging & mental health* 24, no. 10: 1605–1612.
100. Hummer, Kimberly, Jerry Vannatta i David Thompson. 2011. Locus of Control and Metabolic Control of Diabetes. *The Diabetes Educator* 37 (1): 104–110.
101. Hutchinson, Susan L. i Galit Nimrod. 2012. Leisure as a resource for successful aging by older adults with chronic health conditions. *The International Journal of Aging and Human Development* 74 (1): 41–65.
102. Hwang, Jiyong, Lisa Wang, Jodi Siever, Talia Del Medico i Charlotte A. Jones. 2019. Loneliness and social isolation among older adults in a community exercise program: a qualitative study. *Aging & mental health* 23, no. 6: 736–742.
103. IHME. 2022. Global Health Data Exchange. Institute for Health Metrics and Evaluation. Available at: <https://www.healthdata.org/croatia> (8. rujan 2018).
104. Ilić, Veronika. 2013. *Povezanost zdravstvenog lokusa kontrole i preventivnog zdravstvenog ponašanja žena*. PhD diss., Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences: 7–10. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:045096> (15. rujan 2018.)
105. Jakovljević, Darija. 2004. *Nezaposleni u Hrvatskoj: povezanost socijalne podrške i psihičkog zdravlja*. Diplomski rad. Zagreb. Filozofski fakultet. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/57/1/DarijaJakovljevi%C4%87.pdf> (17. travanj 2020)

106. Jelica, Stjepan, Mateja Znika i Vesna Brumnić. 2021. Percepcija utjecaja okolišnih čimbenika na zdravlje u Vukovarsko-Srijemskoj županiji. *SKEI-međunarodni interdisciplinarni časopis*, 2, 2; 54–71
107. Jorfi, Maryam, Poorandokht Afshari, Hamideh Zaheri i Maryam Jahandideh. 2015. The relationship between health promotion lifestyle and type of delivery in reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *International Journal of Bioassays* 4, no. 6: 3958–3963.
108. Jureša, Vesna, Ivanković Davor, Vuletić Gorka, Babić-Banaszak Andreja, Srček Igor, Mastilica Miroslav i Budak Antun, 2000. The Croatian health survey–SF-36: I. General quality of life assessment. *Collegium antropologicum*, 24(1), pp.69–78.
109. Kaker, Diana Jeleč, Marija Ovsenik i Jože Zupančič. 2016. Attitudes of social gerontology and physiotherapy students towards the elderly. *Organizacija* 49 (1): 55–69.
110. Kalish, Virginia B. 2015. Obesity in older adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 43, no.1:137–144.
111. Kardum, Igor, Jasna Hudek-Knežević i Nada Krapić. 2016. Lokus kontrole i tjelesno zdravlje. *Klinička psihologija* 9: 271–292.
112. Karlović, Stefanie. 2016. Zadovoljstvo životom i zdravstveni lokus kontrole kod osoba oboljelih od dijabetesa. PhD diss., University of Zadar. Department of Psychology: 10–11. Dostupno na: <https://dabar.srce.hr/en/islandora/object/unizd%3A331> (20. listopada 2020)
113. Katzmarzyk, Peter. 2010. Physical activity, sedentary behavior, and health: paradigm paralysis or paradigm shift? *Diabetes* (59): 2717–2725.
114. Kaučič, Boris Miha i Marija Ovsenik. 2017. Holistični model za zagotavljanje zadovoljstva z življenjem v starosti. *Novo mesto: Fakulteta za organizacijske študije*.
115. Kaučič, Boris Miha, Bojana Filej i Marija Ovsenik. 2016. The influence of social factors on life satisfaction in old age. *Revija za Univerzalno Odličnost* 5.4: 300.
116. Kaučič, Boris Miha, Filej Bojana, Toplak Perović Barbara i Ovsenik, Marija. 2017. Spiritual factor as an important element of life satisfaction in old age. *Informatologia*, 50(3–4), pp.170–182.
117. Kaučič, Boris Miha, Marija Ovsenik i Bojana Filej. 2019. Is the holistic physical factor linked to life satisfaction in older age?. *Medycyna Pracy* 70.5: 535-543.
118. Kim, Amy Chan Hyung, Jungsu Ryu, Chungsup Lee, Kyung Min Kim i Jinmoo Heo. 2021. Sport participation and happiness among older adults: A mediating role of social capital. *Journal of Happiness Studies* 22, no. 4: 1623–1641.

119. Kim, Jinhyun. 2011. The Mediating Effects of Lifestyle Factors on the Relationship between Socioeconomic Status and Self-Rated Health among Middle-Aged and Older Adults in Korea. *The International Journal of Aging and Human Development* 73, no. 2: 153–73.
120. Kim, Se-Hong, Minjeong Kim, Yu-Bae Ahn, Hyun-Kook Lim, Sung-Goo Kang, Jung-hyoun Cho, Seo-Jin Park i Sang-Wook Song. 2011. Effect of dance exercise on cognitive function in elderly patients with metabolic syndrome: a pilot study. *Journal of sports science & medicine* 10 (4): 671.
121. Kirk, Alison, Nanette Mutrie, Paul MacIntyre i Miles B Fisher. 2004. Promoting and maintaining physical activity in people with type 2 diabetes. *American Journal of Preventive Medicine* 27 (4): 289–296.
122. Klieman, Linda, Shauna Hyde, Kathy Berra i William Haskell. 2007. Exercise and older adults. *Current Cardiovascular Risk Reports* 1 (4): 335–339.
123. Kojola, Erik i Phyllis Moen. 2016. No more lock-step retirement: Boomers' shifting meanings of work and retirement. *Journal of aging studies* 36: 59–70
124. Konopack, James F., David X. Marquez, Liang Hu, Steriani Elavsky, Edward McAuley i Arthur F. Kramer. 2008. Correlates of functional fitness in older adults. *International journal of behavioral medicine* 15 (4): 311–318.
125. Koo, Jae-Eun i Gwang-Uk Lee. 2013. The relationship of baby boomers' participation motivation in leisure sports with recovery resilience and life satisfaction. *Journal of exercise rehabilitation* 9 (2): 263.
126. Kovač, Ida. 2016. Specifičnosti i ograničenja u rehabilitaciji osoba starije dobi. *Fizikalna i rehabilitacijska medicina* 28 (1-2): 68–83.
127. Krizmanić, Mirjana i Szabo Silvija 1994. Priručnik za Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja ZLK-90, 2.
128. Kruk, Joanna. 2014. Health and economic costs of physical inactivity. *Asian Pac J Cancer Prev* 15 (18): 7499–7503.
129. Kurnat-Thoma, Emma, Majeda El-Banna, Monica Oakcrum i Jill Tyroler. 2017. Nurses' health promoting lifestyle behaviors in a community hospital. *Applied Nursing Research* 35: 77–81.
130. Lee, Ling-Ling, Antony Arthur i Mark Avis. 2008. Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper. *International journal of nursing studies* 45 (11): 1690–1699.

131. Lepan, Željka, i Zdravka Leutar. 2012. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociološki istraživanja okoline* 21 (2): 203–204.
132. Li, Hui-Wen Li, Lee Wei-Ju, Lin Ming-Hsien, Peng Li-Ning, Loh Ching-Hui, Chen Liang-Kung i Lu Chun-Chi. 2021. Quality of Life among Community-Dwelling Middle-Aged and Older Adults: Function Matters More than Multimorbidity, *Archives of gerontology and geriatrics*, Volume 95.
133. Li, Jianzhi, Jiangdong Yu, Xi Chen, Xuwen Quan i Lan Zhou. 2018. Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. *Medicine* 97, no. 25
134. Lin, Jian-Sheng, Elizabeth O'connor, Evelyn Whitlock i Tracy Beil. 2010. Behavioral counseling to promote physical activity and a healthful diet to prevent cardiovascular disease in adults: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine* 153 (11): 736–750.
135. Lin, Pay-Shin, Chih-Chin Hsieh, Huey-Shinn Cheng, Tsai-Jou Tseng i Shin-Chang Su. 2016. Association between physical fitness and successful aging in Taiwanese older adults. *PloS one* 11 (3). Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150389> (12. veljače 2019).
136. Lindsay Smith, Gabrielle, Lauren Banting, Rochelle Eime, Grant O'Sullivan i Jannique G.Z. van Uffelen. 2017. The Association between Social Support and Physical Activity in Older Adults: A Systematic Review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*“ 14 (1): 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0509-8>. (12. travanj 2021)
137. Lindsay, Anne R., Nobuko Hongu, Karen Spears, Rafida Idris, Anthony Dyrek i Melinda M. Manore. 2014. Field assessments for obesity prevention in children and adults: physical activity, fitness, and body composition. *Journal of nutrition education and behavior* 46, no. 1: 43–53.
138. Llamas-Ramos, Inés, Rocío Llamas-Ramos, Rosario Alonso-Domínguez, Leticia Gómez-Sánchez, Olaya Tamayo-Morales, Cristina Lugones-Sánchez, Emiliano Rodríguez-Sánchez, Luis García-Ortiz i Manuel A. Gómez-Marcos. 2022. Sedentary Behaviour and Its Relationship with Early Vascular Ageing in the General Spanish Population: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 9: 5450.

139. Lobelo, Felipe i Isabel Garcia de Quevedo. 2016. The evidence in support of physicians and health care providers as physical activity role models. *American journal of lifestyle medicine* 10.1: 36–52.
140. Lučanin, Damir, Jasminka Despot Lučanin i Mladen Havelka. 2000. Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija za socijalnu politiku* 7, no.: 19–27.
141. Manini, Todd M. i Marco Pahor. 2009. Physical activity and maintaining physical function in older adults. *British journal of sports medicine* 43.1: 28–31.
142. Marinović Glavić, Mihaela, Anamarija Mandić, Denis Juraga, Vanja Vasiljev, Tomislav Rukavina i Lovorka Bilajac. 2020. Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi. *Medica Jadertina* 50, no. 4: 285–291.
143. Marković, Goran, Sarabon Nejc, Greblo Zrinka i Krizanic Valerija. 2015. Effects of feedback-based balance and core resistance training vs. Pilates training on balance and muscle function in older women: a randomized-controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*, 61(2), 117–123.
144. Martins, Larissa Castelo Guedes, Lopes Marcos Venícios de Oliveira, Diniz Camila Maciel i Guedes Nirla Gomes. 2021. The factors related to a sedentary lifestyle: A meta-analysis review. *Journal of advanced nursing*, 77(3), 1188–1205.
145. Mašina, Tonči, Madžar Tomislav, Musil Vera i Milošević Milan. 2017. Differences in health-promoting lifestyle profile among Croatian medical students according to gender and year of study. *Acta Clin Croat*, 56(1), 84–91.
146. Mather, Anne, Cesar Rodriguez, Moyra Guthrie, Ann McHarg, Ian Reid i Marion McMurdo. 2002. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 180 (5): 411–415.
147. Matić, Ana. 2018. *Psihosocijalni čimbenici emocionalne prilagodbe u žena oboljelih od raka dojke*. Diplomski rad. Zagreb. Hrvatski studiji.
148. Matthews, Charles E., Kong Y. Chen, Patty S. Freedson, Maciej S. Buchowski, Bettina M. Beech, Russell R. Pate i Richard P. Troiano. 2008. Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003–2004. *American journal of epidemiology* 167 (7): 875–881.
149. Maula, Asiya, Natasher Lafond, Elizabeth Orton, Steve Iliffe, Sarah Audsley, Kavita Vedhara i Denise Kendrick. 2019. Use It or Lose It: A Qualitative Study of the Maintenance of Physical Activity in Older Adults. *BMC Geriatrics* 19 (1). 30

150. McAuley, Edward, Katherine Hall, Robert Motl, Siobhan Phillips, Thomas Wojcicki, Hu Liang i Shawana Doerksen. 2009. Trajectory of declines in physical activity in communitydwelling older women: Social cognitive influences. *Journal of Gerontology, Series B: Sciences and Social Sciences* 64 (5): 543–560.
151. McKinney, James, Daniel J. Lithwick, Barbara N. Morrison, Hamed Nazzari, Saul H. Isserow, Brett Heilbron i Andrew D. Krahn. 2016. The health benefits of physical activity and cardiorespiratory fitness. *British Columbia Medical Journal* 58 (3): 131–137.
152. Medibank Private. The cost of physical inactivity. 2008. Dostupno na: https://www.medibank.com.au/client/documents/pdfs/pyhsical_inactivity.pdf (29. siječanj 2019)
153. Međimurec, Anja. 2013. *Povezanost optimizma i zdravstvenog lokusa kontrole sa zdravstvenim ponašanjima studenata*. Diplomski rad. Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Humanities and Social Sciences. Department of Psychology
154. Mesec, Blaž. 2000. Stariji ljudi u Sloveniji. Visoka šola za socijalno delo, Univerza v Ljubljani: 43–53. Dostupno na: <http://hrcak.srce.hr/file/47313> (6.2. 2017)
155. Middlekauff, Monique, Woonghee Lee, Marlene J. Egger, Ingrid E. Nygaard i Janet M. Shaw. 2016. Physical activity patterns in healthy middle-aged women. *Journal of women & aging*, 28.6: 469–476.
156. Ministarstvo socijalne politike i mladih. 2021. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2017–2020*. Dostupno na: <https://mrosp.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/MDOMSP%20dokumenti/Strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%20osobe%20u%20RH%20za%20razdoblje%20od%202017.-2020.%20g.pdf> (25. siječanj 2021).
157. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020*. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf> (15. ožujak 2021)
158. Mišigoj Duraković, Marijeta. 2018. *Tjelesno vježbanje i zdravlje*. Znanje. Zagreb
159. Moschny, Anna, Petra Platen, Renate Klaaßen-Mielke, Ulrike Trampisch i Timo Hinrichs. 2011. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 8 (1): 121.
160. Murtagh, M Elaine, Murphy H Marie, Murphy M Niamh, Woods Catherine, Nevill M Alan i Aoife Lane. 2015. Prevalence and correlates of physical inactivity in community-

- dwelling older adults in Ireland. *PloS one* 10 (2): e0118293. Dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118293> (20. veljače 2018)
161. Najmudriji.hr. Dostupno na: <https://najmudriji.zagreb.hr/gerontoloski-centri/117> (11. srpanj 2021)
162. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Služba za javnozdravstvenu gerontologiju. Dostupno na: <https://www.stampar.hr/hr/sluzba-za-javnozdravstvenu-gerontologiju> (15. srpanj 2021)
163. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. 2017. *Zdravstveno-statistički ljetopis grada zagreba za 2016. Godinu*, Zagreb. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/hr/ljetopis-zagreb-2016> (15.10.2018).
164. Nastavni zavod za javno zdravstvo, „Dr. Andrija Štampar“. 2016. *Gerontološko javnozdravstveni pokazatelji zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu (2014-2016/popisna 2011)*. Zagreb. Dostupno na: http://www.stampar.hr/sites/default/files/Aktualno/Dogadjanja/geron_ljetopis_2016_web.pdf (20. listopad 2019).
165. National Prevention Council: National prevention strategy. 2011. Dostupno na: <http://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/strategy/> (18. veljače 2017)
166. Nelson, Miriam E., W. Jack Rejeski, Steven N. Blair, Pamela W. Duncan, James O. Judge, Abby C. King, Carol A. Macera i Carmen Castaneda-Sceppa. 2007. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116 (9): 1094.
167. Nilsson, Håkan, Pia Bülow i Ali Kazemi. 2015. Mindful sustainable aging: Advancing a comprehensive approach to the challenges and opportunities of old age. *Europe's journal of psychology* 11 (3): 494.
168. Oerlemans, Wido, Arnold Bakker i Ruut Veenhoven. 2011. Finding the key to happy aging: A day reconstruction study of happiness. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 66 (6): 665–674.
169. Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Physical Activity Guidelines: Older Adults, second edition*. 2018. Dostupno na: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf (10. ožujak 2021)
170. Okely, Anthony D., Anna Kontsevaya, Johan Ng i Chalchisa Abdeta. 2021. 2020 WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behavior. *Sports Medicine and Health Science*. KeAi Communications Co. doi:10.1016/j.smhs.2021.05.001.

171. Oliver, David, Catherine Foot, i Richard Humphries. 2014. *Making our health and care systems fit for an ageing population*. London: UK: King's Fund. Dostupno na: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-our-health-and-care-systems-fit-ageing-population> Pristupljeno: 15.4.2022.
172. Organization for Economic Cooperation and Development, Health at a Glance 2015. *OECD Indicators*. Paris, OECD Publishing, 191–209.
173. Ory, Marcia, Shinduk Lee, Gang Han, Samuel D. Towne, Cindy Quinn, Taylor Neher, Alan Stevens i Matthew Lee Smith. 2018. Effectiveness of a Lifestyle Intervention on Social Support, Self-Efficacy, and Physical Activity among Older Adults: Evaluation of Texercise Select. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15 (2). MDPI. Dostupno na: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/234> (11.11.2021).
174. Ory, Marcia, Towne Jr Samuel Stevens, Alan Park, Chae Hee i Chodzko-Zajko Wojtek Jan. 2015. Implementing and disseminating exercise programs for older adult populations. In *Exercise for Aging Adults*. Springer International Publishing; 139–150.
175. Owen, Neville. 2012. Sedentary behavior: understanding and influencing adult's prolonged sitting time. *Preventive Medicine* 55 (6):535–539.
176. Owen, Neville, Healy Genevieve, Matthews Charles i Dustan David. 2010. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev*. 38 (3):105–113.
177. Palacios-Ceña, Domingo, Cristina Alonso-Blanco, Rodrigo Jiménez-García, Valentin Hernández-Barrera, Pilar Carrasco-Garrido, Elena Pileño-Martínez i Cesar Fernández-de-las-Peñas. 2011. Time Trends in Leisure Time Physical Activity and Physical Fitness in Elderly People: 20 Year Follow-up of the Spanish Population National Health Survey (1987-2006). *BMC Public Health* 11 (1): 799. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-799>. (15. travanj 2021)
178. Pappa, Evelina, Nick Kontodimopoulos, Angelos A. Papadopoulos i Dimitris Niakas. 2009. Assessing the Socio-Economic and Demographic Impact on Health-Related Quality of Life: Evidence from Greece. *International Journal of Public Health* 54 (4).
179. Pavlović, Mladen, Lauri Korajlija Anita, Šimić Diana, Bobić Jasminka i Čorović Naima. 2010. Percepcija zdravlja u pokretnih starijih osoba (segment studije o kroničnim bolestima u hrvatskoj). *Društvena istraživanja* 19, br. 6 (110): 1079–1092.
180. Pečjak Vid, 2001, *Psihologija treće životne dobi*, Prosvjeta, Zagreb.
181. Peel, Nancye, Helen Bartlett, and Roderick McClure. 2004. Healthy Ageing: How Is It Defined and Measured? *Australasian Journal on Ageing* 23 (3): 115–19.

<https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00035.x>. (15. travanj 2021)

182. Peters, Lilian, Han Boter, Eric Buskens i Joris Slaates. 2012. Measurement properties of the Groningen Frailty Indicator in home-dwelling and institutionalized elderly people. *Journal of the American Medical Directors Association* 13 (6): 546–551.

183. Peters, Manuela, Saskia Muellmann, Lara Christianson, Imke Stalling, Karin Bammann, Carina Drell i Sarah Forberger. 2020. Measuring the association of objective and perceived neighborhood environment with physical activity in older adults: Challenges and implications from a systematic review. *International journal of health geographics* 19, no. 1: 1–20.

184. Petković, Trkulja, Drena Vučić, Damir Đuras, Gabrijele Širić, Vesna Vladović, Zoran, i Širić Željko. 2011. *Primjer anketnog upitnika za utvrđivanje utjecaja tjelesnog vježbanja na neke segmente kvalitete života žena starije životne dobi*. Dvadeseta ljetna škola kineziologa Hrvatske: 525–531.

185. Petriček, Goranka, Tihana Barišić, Jadranka Grubišić-Čabo, Vedrana Mravak-Alviž, Gorka Vuletić Mavrinac, Lucija Murgić i Mladenka Vrcić-Keglević. 2008. Zdravstveni lokus kontrole bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca. Izvorni radovi. *Časopis Hrvatske udružbe obiteljske medicine. Med. Fam Croat.* 16 (1): 33–44.

186. Phongsavan, Philayrath, Grunseit Anne C., Bauman Adrian, Broom Dorothy, Byles Julie, Clarke Judith, Redman Sally i Nutbeam Don. 2013. Age, gender, social contacts, and psychological distress: Findings from the 45 and up study. *Journal of Aging and Health* 25.6:921–943.

187. Phongsavan, Philayrath, Tien Chey, Adrian Bauman, Robert Brooks i Derrick Silove. 2006. Social capital, socio-economic status and psychological distress among Australian adults. *Social science & medicine* 63, no. 10: 2546–2561.

188. Pluzarić, Jadranka, Vesna Ilakovac i Danica Železnik. 2016. Comparison of self-esteem and quality of life between residents of old people's home and the elders living at home. *Obzornik zdravstvene nege* 50 (3): 183–192.

189. Prattley, Jennifer, Tine Buffel, Alan Marshall i James Nazroo. 2020. Area effects on the level and development of social exclusion in later life. *Social Science & Medicine* 246: 112722.

190. Projekt Gerontološki centri Grada Zagreba. Dostupno na: <https://www.zagreb.hr/projekt-gerontoloski-centri-grad-a-zag-reba/5630> (13. travanj 2021)

191. Pruchno, Rachel A., Maureen Wilson-Genderson, Miriam Rose i Francine Cartwright. 2010. Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The*

Gerontologist 50, no. 6: 821–833.

192. Puljiz, Vlado. 2004. *Demografske promjene i socijalna politika*. Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

193. Ransom, Kerry. 2011. *The effects of a general exercise program on task self-efficacy and social physique anxiety in older adults*. Dostupno na: https://dr.library.brocku.ca/bitstream/handle/10464/3182/Brock_Ransom_Kerry_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y (10. listopad 2018).

194. Rathnayake, Nirmala, Gayani Alwis, Janaka Lenora i Sarath Lekamwasam. 2019. Impact of health-promoting lifestyle education intervention on health-promoting behaviors and health status of postmenopausal women: a quasi-experimental study from Sri Lanka. *BioMed Research International*.

195. Raynor, Annette J., Fiona Iredale, Robert Crowther, Jane White i Julie Dare. 2020. It's Not Just Physical: Exercise Physiologist-Led Exercise Program Promotes Functional and Psychosocial Health Outcomes in Aged Care, *Journal of Aging and Physical Activity* 28, 1: 104-113, Dostupno na: <https://doi.org/10.1123/japa.2019-0088> (15. prosinac 2021)

196. Rech, Cassiano Ricardo, Edina Maria de Camargo, Pablo Antonio Bertasso de Araujo, Mathias Roberto Loch i Rodrigo Siqueira Reis. 2018. Perceived Barriers to Leisure-Time Physical Activity in the Brazilian Population. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte. Redprint Editora Ltda*. Dostupno na: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/Mw9YcxTLgh9DnhhDpZtM5wm/?lang=en&format=pdf> (2. ožujak 2021).

197. Redmond, Brian Francis, *Self-Efficacy and Social Cognitive Theories*. Dostupno na: <https://wikispaces.psu.edu/display/PSYCH484/7.+Self-Efficacy+and+Social+Cognitive+Theories#id-7.Self-EfficacyandSocialCognitiveTheories-OverviewofSocialCognitiveandSelf-EfficacyTheories> (15. lipanj 2017)

198. Rejeski, W Jack i Shannon L Mihalko 2001. Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences* 56 Supp (1-2): 23–35.

199. Rejeski, W. Jack, Tim Craven, Walter H. Ettinger Jr, Mary McFarlane i Sally Shumaker. 1996. Self-efficacy and pain in disability with osteoarthritis of the knee. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 51 (1): 24–29.

200. Reynolds, Kristin, Mackenzie Corey, Medved Maria, i Roger Kerstin. 2015. The experiences of older male adults throughout their involvement in a community programme for men. *Ageing and Society* 35 (3): 531–551.
201. Rhodes, Ryan, Alan Martin i Jack Taunton. 2001. Temporal relationships of self-efficacy and social support as predictors of adherence in a 6-month strength-training program for older women. *Perceptual and motor skills* 93 (3): 693–703.
202. Rotter Julian B. 1975. Some problems and misconceptions related to the construct internal versus external control of reinforcement. *J Consult Clin Psychol.* 43 (1): 56–67.
203. Rotter, Julian B. 1990. Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. *American psychologist* 45 (4): 489.
204. Rowe, John i Robert Kahn. Successful aging. 1997. *The gerontologist* 37 (4): 433–440.
205. Rusac, Silvia, Dorijan Vahtar, Ines Vrban, Lučanin Jasminka Despot, Sanja Radica i Vedrana Spajić-Vrkaš. 2016. *Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi*. Zaklada zajednički put, Zagreb: 50-62.
206. Rusell, Pate, O’Neill Jennifer and Felipe Lobelo. 2008. The evolving definition of “sedentary”. *Exerc Sport Sci Rev* (36): 173–178.
207. Safe Transfer Techniques. Dostupno na: <https://velfaerdsteknologi.aarhus.dk/eu-projekter/safe-transfer-techniques/> (1.7.2022)
208. Santos, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira, Simony Fabíola Lopes Nunes, Marluce Alves Coutinho, Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral, Floriacy Stabnow Santos, Maria Sortênia Alves Guimarães, Talita Buttarello Mucari, Poliene Tavares Cantuaria, Waueverton Bruno Wyllian Nascimento Silva, Rafael Almeida Machado, Veridiana Silva de Santana Alves i Paulo Soares Aragão. 2017. Sociodemographic profile and quality of life of active older adults belonging to a physical exercise program and sedentary elderly, linked to a basic health unit. *International Archives of Medicine* 10.
209. Schmälzle, Michaela, Martin Wetzel i Oliver Huxhold. 2019. Pathways to retirement: Are they related to patterns of short-and long-term subjective well-being?. *Social science research* 77: 214–229.
210. Schultz, Duane P. i Sydney Ellen Schultz. 2016. *Theories of personality*. Cengage Learning. Boston. USA. 372–377
211. Schunk, Dale H. i Maria K. DiBenedetto. 2020. Motivation and social cognitive theory. *Contemporary Educational Psychology* 60: 101832.

212. Sherrington, Cathie, Fairhall Nicola J., Wallbank Geraldine K., Tiedemann Anne, Michaleff Zoe A., Howard Kristen., Clemson Lindy i Lamb Sarah. E. 2019. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane database of systematic reviews*, (1)
213. Sherwood, Nancy E. Jeffery, Robert W. 2000. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual review of nutrition*, 20.1: 21–44.
214. Shuval, Kerem, Qing Li, Kelley Pettee Gabriel i Rusty Tchernis. 2017. Income, physical activity, sedentary behavior, and the ‘weekend warrior’ among US adults. *Preventive medicine* 103: 91–97.
215. Singh, Maria Antoinette Fiatarone. 2002. Exercise comes of age rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 57 (5): 262–282.
216. Siu, Vivian, William Lambert, Rongwei Fu, Teresa Hillier, Mark Bosworth i Yvone Michael. 2012. Built environment and its influences on walking among older women: use of standardized geographic units to define urban forms. *J Environ Public Health*. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/203141> (15.2.2018).
217. Sokol Brach, Jennifer. 2015. *Community-Based Exercise Programs for Older Adults*. In *Exercise for Aging Adults*. 131–138. Springer, Cham.
218. Spiteri, Karl, David Broom, Amira Hassan Bekhet, John Xerri De Caro, Bob Laventure i Kate Grafton. 2019. Barriers and Motivators of Physical Activity Participation in Middle-Aged and Older Adults—a Systematic Review. *Journal of Aging and Physical Activity* 27 (6). Human Kinetics Publishers Inc.: 929–944.
219. Zagrebački savez sportske rekreacije. Sport za sve. Dostupno na: <https://sportzasvezagreb.hr/nordijsko-hodanje/> (10. travanj 2022)
220. Stanovništvo Grada Zagreba po mjesnim odborima. Popis 2011. Dostupno na: [http://www.zgizbori.hr/izbori/zgizborilokalni13.nsf/0/916FE48BF01BE3AEC1257B480051BB60/\\$FILE/Broj_stanovnika_po_gradskim_cetvrtima_i_mjesnim_odborima_Popis.pdf](http://www.zgizbori.hr/izbori/zgizborilokalni13.nsf/0/916FE48BF01BE3AEC1257B480051BB60/$FILE/Broj_stanovnika_po_gradskim_cetvrtima_i_mjesnim_odborima_Popis.pdf) (20. prosinac 2017).
221. Stock Jennifer, Angela Clifford i Eef Hogervorst. 2012. Exercise interventions to improve cognitive performance in older adults – Potential psychological mediators to explain variation in findings. *European Neurological Review* (7): 107–112. Dostupno na: <http://doi.org/10.17925/ENR.2012.07.02.107> (23. studeni 2018)

222. Strmota, Marin, i Ivanda, Krešimir (2022) *Prilika ili prijetnja? Reforma lokalne i regionalne samouprave u Hrvatskoj. Demografski izazovi na lokalnoj i regionalnoj razini Hrvatske*. Hanns-Seidel-Stiftung Ekonomski institut, Zagreb. 93–111. Dostupno na: https://www.eizg.hr/userdocsimages/publikacije/zbornik_prilika_ili_prijetnja.pdf (1. kolovoz 2022)
223. Sullivan, Gail M. i Alice K. Pomidor. 2015. eds. *Exercise for Aging Adults: A Guide for Practitioners*. Springer
224. Šklempe Kokić, Iva, Mateja Znika i Vesna Brumnic. 2019. Physical activity, health-related quality of life and musculoskeletal pain among students of physiotherapy and social sciences in Eastern Croatia-Cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 26, no. 1
225. Šostar, Zvonimir, Polić Vižintin Marina i Marić Bajš Maja. ur. 2021. Zdravstveno-statistički ljetopis Grada Zagreba 55-72. Dostupno na: https://www.stampar.hr/sites/default/files/Publikacije/2021/file/ajax/field_image/und/0/form-BgN6TkkaNu_KknqmNK0TL_qvgxrRWoD60Z1xVOJyBms/zdravstveno-statisticki_ljetopis_grada_zagreba_za_2020._godinu.pdf (7. siječanj 2021)
226. The Institute for Health Metrics and Evaluation. Dostupno na: <http://www.healthdata.org/croatia> (12. rujan 2022)
227. Thomas, Kristin, Evalill Nilsson, Karin Festin, Pontus Henriksson, Mats Lowén, Marie Löf i Margareta Kristenson. 2020. Associations of psychosocial factors with multiple health behaviors: A population-based study of middle-aged men and women. *International journal of environmental research and public health* 17, no. 4: 1239
228. Tol, Azar, Elaheh Tavassoli, Gholam Reza Shariferad i Davoud Shojaeezadeh. 2013. Health-promoting lifestyle and quality of life among undergraduate students at school of health, Isfahan university of medical sciences. *Journal of education and health promotion* 2.
229. Tomek-Roksandić, Spomenka, Benjak Tomislav, Kolarić Branko. ur. 2016. *Gerontološkojavnozdravstveni pokazatelji zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj i Gradu Zagrebu*. Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Služba za javnozdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ i Hrvatski zavod za javno zdravstvo Služba za javno zdravstvo. Dostupno na: <https://www.bib.irb.hr/922535?rad=922535> (15. svibanj 2018)

230. Tomek-Roksandić, Spomenka, Fortuna Višnja, Šostar Zvonimir. ur. 2004. *Gerontološki centri 2004.: zagrebački model uspješne prakse za starije ljude*, Zagreb. Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba, Centar za gerontologiju
231. Tomek-Roksandić, Spomenka, Mimica Ninoslav, Kušan Jukić, Marija. ur. 2017. *Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja*. Zagreb. Medicinska naklada,
232. Tomek-Roksandić, Spomenka, Zvonimir Šostar, Višnja Fortuna. ur. 2012. Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“. *Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće / obiteljske medicine u domu za starije osobe II. dopunjeno izdanje*. Zagreb, 76-82 Dostupno na: https://www.unin.hr/wp-content/uploads/Gerontologija_2012.pdf (14. travanj 2020)
233. Tomek-Roksandić, Spomenka. 2015. *Osnove iz zdravstvene gerontologije*. Ur. Puntarić, Dinko, Ropac, Darko, Jurčev Savičević, Anamarija i sur. Nastavni zavod za Javno zdravstvo. Zagreb. Medicinska naklada: 256-283.
234. Touhy Theris A. i Kathleen F Jett, Veronique Boscart and Lynn McClearly. 2014. *Ebersole and Hess' Gerontological Nursing and Healthy ageing*. Canadian Edition-E-Book. Elsevier Health Sciences.
235. Towne, Samuel D, Jaewoong Won, Sungmin Lee, Marcia G Ory, Samuel N Forjuoh, Suojin Wang i Chanan Lee. 2016. Using Walk Score™ and Neighborhood Perceptions to Assess Walking Among Middle-Aged and Older Adults. *Journal of community health* 41 (5): 977–988.
236. Trachte, Florian, Siegfried Geyer i Stefanie Sperlich. 2016. Impact of physical activity on self-rated health in older people: do the effects vary by socioeconomic status?. *Journal of Public Health* 38, no. 4: 754–759.
237. Trgovčić, Sonja. 2018. Međunarodna solidarnost i pravo na zdravlje. *Jahr–European Journal of Bioethics* 9, no. 1: 69–85.
238. Turistička zajednica Grada Zagreba. Dostupno na: <https://www.infozagreb.hr/o-zagrebu/zagreb-kroz-stoljeca> (11. veljače 2022)
239. United Kingdom National Health Service-NHS. Dostupno na: <https://www.nhs.uk/conditions/obesity/> (21. listopad 2021)
240. United Nations Department of Economic and Social Affairs programme on ageing (UNDESA). 2015. *The focal point on ageing in the United Nations system*. Dostupno na: <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2018/04/Health-Inequalities-in-Old-Age.pdf> (15. kolovoz 2021.)

241. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World population prospects 2019: highlights*. 2019. Dostupno na: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/29368/wpp2019_10.key.findings_embargoed.version.en.pdf (8. travanj 2020)
242. United Nations Population Division UNPD 2018. *World population ageing 1950 - 2050*. Dostupno na: <https://www.un.org/development/desa/pd/news/world-population-ageing-2020-highlights> (29. svibanj 2021).
243. United Nations Population Division UNPD 2020. *World Population Ageing 2020. Highlights*. Dostupno na: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Nov/undesapd-2020_world_population_ageing_highlights.pdf (25. rujan 2021)
244. United Nations, 2015. *World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390)* (67-101). Dostupno na: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf (15. ožujak 2018)
245. United States Department of Health and Human Services. *Ageing*. Dostupno na: <https://www.hhs.gov/aging/index.html> (1. ožujak 2018).
246. Vadla, Draženka. 2011. *Značaj samoprocjene zdravlja za ocjenu mentalnog zdravlja i korištenje zdravstvene zaštite starijih osoba*. Diss. Sveučilište u Zagrebu.
247. Vagetti Gislaine, Filho Barbosa, Valter Moreira Natália, Valdomiro de Oliveira, Oldemar Mazzardo i Wagner de Campos. 2014. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review. 2000-2012. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 36 (1): 76–88.
248. Van Dyck, Delfien, Lieze Mertens, Greet Cardon, Katrien De Cocker i Ilse De Bourdeaudhuij. 2017. Opinions toward physical activity, sedentary behavior, and interventions to stimulate active living during early retirement: a qualitative study in recently retired adults. *Journal of aging and physical activity* 25, no. 2: 277–286.
249. Vladetić, Mirjana, 2016. *Psihosocijalni čimbenici i kvaliteta života u osoba oboljelih od migrene*. PhD diss., Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Medicine: 23–25.
250. Vukoja, Ivan, Midhat Jašić, Nizama Salihefendić, Jakov Ivković i Danko Relić. 2017. Funkcionalna medicina i uloga zdravih životnih navika. *Hrana u zdravlju i bolesti: znanstveno-stručni časopis za nutricionizam i dijetetiku* 3, no. 9. Štamparovi dani: 20–22.

251. Vukotić, Perko. 2010. Obrazovanje i zdravlje stanovništva. *Crna Gora u XXI stoljeću — u eri kompetitivnosti*: Crnogorska akademija nauka i umjetnosti. 445–451.
252. Vuletić, Gorka i Aida Mujkić. 2002. Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. *Liječnički vjesnik* 124, no. 2: 64–70.
253. Vuletić, Gorka. 2013. Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, (7), 213–222.
254. Walker, Alan. 2001. Towards active ageing in the European Union. The Millennium Project Workshop – Towards Active Ageing in the 21 st Century. Tokyo: *The Japan Institute of Labour*. Dostupno na: <http://www.werkgoesting.uhasselt.be/Documenten/Towards%20active%20ageing%20in%20the%20European%20Union.pdf> (15. siječanj 2018).
255. Walker, Susan N., Karen R Sechrist i Nola J Pender. 1995. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II](Adult version). Dostupno na: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349> (14. srpanj 2017).
256. Wallston, Kenneth A., Strudler Wallston, Barbara i Devellis Robert. 1978. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*. 6(1), 160–170.
257. Warburton, Darren ER i Bredin, Shannon SD. 2017. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current opinion in cardiology*, 32.5: 541–556.
258. Ware, John E., Snow Kristin K., Kosinsk Mark i Gendek Barbara. 1993. SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide. Boston: *The Health Institute*, New England Medical Center.
259. West, Susan, Carina Laguna, Paula Trief, Roberto Izquierdo i Ruth Weinstock. 2010. Goal setting using telemedicine in rural underserved older adults with diabetes: experiences from the informatics for diabetes education and telemedicine project. *Telemedicine and e-Health* 16 (4): 405-416.
260. Wetzel, Martin i Katharina Mahne. 2016. Out of society? Retirement affects perceived social exclusion in Germany. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 49, no. 4: 327-334.
261. Womersley, Kate i Katherine Ripullone. 2017. Medical schools should be prioritising nutrition and lifestyle education. *British Journal of Sports Medicine BMJ* 359.

262. World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (15. srpanj 2021)
263. World Health Organization. 1998. *Growing older – Staying well. Ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: World Health Organization. Dostupno na: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65230> (7.7.2018).
264. World Health Organization. 2002. *Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH 02.8)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> (13. veljača 2019)
265. World Health Organization. 2006. *Constitution of the world health organization*. Geneva, Switzerland. Dostupno na: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (15. listopad 2021)
266. World Health Organization. 2012. *Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012*. Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70853/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf (29. siječanj 2018).
267. World Health Organization. 2012. *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119953> (14. siječanj 2021)
268. World Health Organization. 2020. *Active Ageing: A Policy Framework*. Dostupno na: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ (15.2.2021)
269. World Health Organization. 2020. *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (11. veljače 2021)
270. World Health Organization. *Ageing, and Life Course Unit. WHO global report on falls prevention in older age*. Dostupno na: http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/ (28. siječanj 2018).
271. World Health Organization. *Healthy Ageing for Impact in the 21st Century: Global Online Leaders Training*. Dostupno na: <https://openwho.org/courses/HealthyAgeing4Impact> (20. travanj 2020)
272. World Health Organization. *Physical activity*. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (29 svibanj 2021)

273. World Health Organization. *The Healthy Ageing 50: A call for leaders transforming the world to be a better place in which to grow older*. Dostupno na: <https://www.who.int/news/item/27-04-2022-the-healthy-ageing-50> (14. kolovoz 2022)
274. World Health Organization. *What is the WHO definition of health?* Dostupno na: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (10. kolovoz 2017).
275. World Health Organization. *World report on health and ageing*. 2015. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (10. travanj 2021).
276. World Health Organization. *World Report on Ageing and Health*. 2020. Dostupno na: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/186463> (7. siječanj 2022)
277. Wright, Tim i Gerald C. Hyner. 2011. Older adult participation in health promotion programs: perspectives of facility administrators. *Educational Gerontology* 37 (12): 1030-1039.
278. Yeh, Jennifer, Shu-Chuan i Lo Sing Kai. 2004. Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality: an international journal* 32.2: 129-138.
279. Yorston, Lisa C., Gregory S. Kolt i Richard R. Rosenkranz. 2012. Physical activity and physical function in older adults: the 45 and Up Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 60.4: 719-725.
280. Young, Yuchi, Kevin D. Frick i Elizabeth A. Phelan. 2009. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association* 10 (2): 87-92.
281. Zakon o socijalnoj skrbi – pročišćeni tekst (ZSS) Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi> (15. veljača 2021)
282. Zarini, Gustavo G., Joan A. Vaccaro, Maria A. Canossa Terris, Joel C. Exebio, Laura Tokayer, Janet Antwi, Sahar Ajabshir, Amanpreet Cheema i Fatma G. Huffman. 2014. Lifestyle behaviors and self-rated health: the living for health program. *Journal of environmental and public health*. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228703/pdf/JEPH2014-315042.pdf> (15. siječanj 2021)
283. ZG portal, 2017. Dostupno na: <http://www.zgportal.com/o-zagrebu/povijest-zagrebkih-naselja/novi-zagreb/> (10. siječanj 2018).

284. Zhu, Zhu, Dongping Zhu, Yanqing Jiang, Ying Lin, Ying Yang i Wei Luan. 2022. Cross-sectional study on the SF-36, the general self-efficacy, the social support, and the health promoting lifestyle of the young elderly in a community in Shanghai, China. *Annals of Palliative Medicine*. 10.1: 518-529.
285. Znika, Mateja, Spomenka Tomek-Roksandić Spomenka, Mirjana Telebuh i Vesna Brumnić. 2016. Fizioterapeutska intervencija u poboljšanju kontrole balansa i prevenciji padova kod osoba treće životne dobi. *Liječnički vjesnik: glasilo Hrvatskog liječničkog zbora. Supplement*. 138:1-168
286. Znika, Mateja, Vesna Brumnić i Iva Šklempa Kokić. 2019. Fizioterapeut kao zdravstveni stručnjak u prevenciji bolesnog starenja. *Zbornik radova 5. Međunarodni Znanstveno-Stručni Skup "Fizioterapija u Sportu, Rekreaciji i Wellnessu"*. Vukovar. 336-346.
287. Znika, Mateja. 2020. Health promoting behaviors and health locus of control influencing the quality of life in the elderly population through their involvement in physical activities. *Application of social gerontology in society*. ur. Goriup, Jana, Gumze, Goran i Seljak, Peter. Maribor, Slovenija: Alma Mater Europaea - Evropski center, 2020. str. 84-105

PRILOZI

Prilog A: Dozvola Etičkog povjerenstva Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" iz Zagreba



ETIČKO POVJERENSTVO

Zagreb, 06.09.2018.

Klasa: 64-9/18-04/01
Urbroj: 281-10-B-16

Etičko povjerenstvo Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" je na svojoj elektronskoj sjednici održanoj 06.09.2018. godine u 12,00 je raspravljalo prijedlog prospektivnog epidemiološkog istraživanja pod naslovom: „Odnos psihosocijalnih čimbenika i percepcije zdravlja kod starijih osoba uključenih u programe vježbanja gerontološkog centra, Novi Zagreb“.

Istraživanje će se provesti u Gerontološkom centru Doma za starije i nemoćne osobe sv. Ana u Novom Zagrebu u svrhu izrade doktorske disertacije Mateje Znika, mag. physiot. pod mentorstvom doc. dr. sc. Spomenke Tomek Roksandić, prim. dr. med. U istraživanje će biti uključeno 200 umirovljenika s područja Novog Zagreba koji sudjeluju u programima vježbanja Gerontološkog centra sv. Ana.

Etičko povjerenstvo je donijelo

ODLUKU

Odobrava se prospektivno epidemiološko istraživanje : „Odnos psihosocijalnih čimbenika i percepcije zdravlja kod starijih osoba uključenih u programe vježbanja gerontološkog centra, Novi Zagreb“.

Naziv ispitivanja:	Odnos psihosocijalnih čimbenika i percepcije zdravlja kod starijih osoba uključenih u programe vježbanja gerontološkog centra, Novi Zagreb
Glavni ispitivači i ustanove u kojima će se neintervencijsko ispitivanje provoditi:	Mateja Znika, mag. physiot, Veleučilište Lavoslav Ružička u Vukovaru doc. dr. sc. Spomenka Tomek Roksandić, prim. dr. med, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

Obrazloženje:

Plan istraživanja je dobro obrazložen, pregled dosadašnjih objavljenih radova sa sličnom temom je naveden. Podaci o ispitanicima su anonimizirani. Nema etičkih zamjerki.



Nastavni zavod za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar" • Mirogojska cesta 16 • HR-10000 Zagreb
Tel.: +385 1 46 96 111 • Fax: +385 1 54 14 006 • info@stampar.hr • www.stampar.hr
OIB: 33392005961 • IBAN: HR 3023400091100159915, PBZ d.d. Zagreb

Prilog B: Anketni Upitnici

Poštovani,

pred vama je anketa pomoću koje želim istražiti vaše stavove vezane uz vaše sudjelovanje u programima vježbanja u sklopu projekta Gerontološkog centra grada Zagreba, a u svrhu izrade doktorske disertacije. Lijepo vas molim da odgovorite na sva pitanja postavljena u anketi. U anketi ne postoje ispravni i pogrešni odgovori, te vas molim da odgovorite po vlastitom nahođenju. Vaše podatke ću čuvati i odnositi se prema njima u skladu sa zakonom o zaštiti osobnih podataka, te će isti biti upotrijebljeni samo u istraživačke svrhe.

Unaprijed vam od srca zahvaljujem na sudjelovanju.

OPĆI PODACI																					
A1. Naobrazba	A2. Dob	A3. Spol	A4. Radni staž																		
Označite s »X« u praznom polju vaš stupanj naobrazbe: <table border="1"><tr><td>bez osnovne škole</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>osnovna škola</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>srednja škola</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>viša šola</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>fakultet</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>magisterij</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>doktorat</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	bez osnovne škole	<input type="checkbox"/>	osnovna škola	<input type="checkbox"/>	srednja škola	<input type="checkbox"/>	viša šola	<input type="checkbox"/>	fakultet	<input type="checkbox"/>	magisterij	<input type="checkbox"/>	doktorat	<input type="checkbox"/>	Vaša dob: <input type="text"/>	Označite s »X« u praznom polju vaš spol: <table border="1"><tr><td>ženski</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>muški</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	ženski	<input type="checkbox"/>	muški	<input type="checkbox"/>	Duljina radnog staža: <input type="text"/>
bez osnovne škole	<input type="checkbox"/>																				
osnovna škola	<input type="checkbox"/>																				
srednja škola	<input type="checkbox"/>																				
viša šola	<input type="checkbox"/>																				
fakultet	<input type="checkbox"/>																				
magisterij	<input type="checkbox"/>																				
doktorat	<input type="checkbox"/>																				
ženski	<input type="checkbox"/>																				
muški	<input type="checkbox"/>																				
A5. Zanimanje	A6. Godine zaposlenja	A7. Godine umirovljenja	A8. Opis posla a																		
Zanimanje/specijalnost prije umirovljenja: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	S koliko godina ste se zaposlili: <input type="text"/>	S koliko godina ste otišli u mirovinu: <input type="text"/>	Označite s »X« u praznom polju koliko je fizički bio naporan vaš posao: <table border="1"><tr><td>lagan</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>srednje težak</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>težak</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	lagan	<input type="checkbox"/>	srednje težak	<input type="checkbox"/>	težak	<input type="checkbox"/>												
lagan	<input type="checkbox"/>																				
srednje težak	<input type="checkbox"/>																				
težak	<input type="checkbox"/>																				

A9. Opis posla b	A10. Opis posla c	A11. Procjena materijalnog stanja	A12. prihod osim mirovine																														
<p>Označite s »X« u praznom polju koliko je psihološki bio naporan vaš posao:</p> <table border="1" data-bbox="204 412 432 539"> <tr><td>lagan</td><td></td></tr> <tr><td>srednje težak</td><td></td></tr> <tr><td>težak</td><td></td></tr> </table>	lagan		srednje težak		težak		<p>Označite s »X« u praznom polju koliko je intelektualno bio naporan vaš posao:</p> <table border="1" data-bbox="507 412 735 539"> <tr><td>lagan</td><td></td></tr> <tr><td>srednje težak</td><td></td></tr> <tr><td>težak</td><td></td></tr> </table>	lagan		srednje težak		težak		<p>Označite s »X« u praznom polju kako procjenjujete svoje materijalno stanje:</p> <table border="1" data-bbox="770 383 1070 663"> <tr><td>puno lošije od prosjeka</td><td></td></tr> <tr><td>malo lošije od prosjeka</td><td></td></tr> <tr><td>prosječno</td><td></td></tr> <tr><td>malo bolje od prosjeka</td><td></td></tr> <tr><td>puno bolje od prosjeka</td><td></td></tr> </table>	puno lošije od prosjeka		malo lošije od prosjeka		prosječno		malo bolje od prosjeka		puno bolje od prosjeka		<p>Imate li drugi stalni prihod osim mirovine:</p> <table border="1" data-bbox="1126 383 1353 450"> <tr><td>da</td><td></td></tr> <tr><td>ne</td><td></td></tr> </table> <p>Koji:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	da		ne					
lagan																																	
srednje težak																																	
težak																																	
lagan																																	
srednje težak																																	
težak																																	
puno lošije od prosjeka																																	
malo lošije od prosjeka																																	
prosječno																																	
malo bolje od prosjeka																																	
puno bolje od prosjeka																																	
da																																	
ne																																	
A13. Bračni status	A14. stambeni status	A15. Vrsta kućanstva																															
<p>Označite s »X« u praznom polju vaš bračni status:</p> <table border="1" data-bbox="204 875 491 1099"> <tr><td>oženjen/a</td><td></td></tr> <tr><td>razveden/a</td><td></td></tr> <tr><td>udovac/udovka</td><td></td></tr> <tr><td>samac/samica</td><td></td></tr> <tr><td>izvanbračna zajednica</td><td></td></tr> <tr><td>drugo</td><td></td></tr> </table>	oženjen/a		razveden/a		udovac/udovka		samac/samica		izvanbračna zajednica		drugo		<p>Označite s »X« u praznom polju u kojoj vrsti kućanstva živite:</p> <table border="1" data-bbox="596 875 954 1010"> <tr><td>u vlastitom stanu</td><td></td></tr> <tr><td>u vlastitoj kući</td><td></td></tr> <tr><td>u domu umirovljenika</td><td></td></tr> <tr><td>ništa od navedenog</td><td></td></tr> </table>	u vlastitom stanu		u vlastitoj kući		u domu umirovljenika		ništa od navedenog		<p>Označite s »X« u praznom polju s kim živite u kućanstvu:</p> <table border="1" data-bbox="989 875 1331 1043"> <tr><td>sam/a</td><td></td></tr> <tr><td>s partnerom</td><td></td></tr> <tr><td>s djecom</td><td></td></tr> <tr><td>s djecom i unucima</td><td></td></tr> <tr><td>s drugom rodbinom</td><td></td></tr> </table>		sam/a		s partnerom		s djecom		s djecom i unucima		s drugom rodbinom	
oženjen/a																																	
razveden/a																																	
udovac/udovka																																	
samac/samica																																	
izvanbračna zajednica																																	
drugo																																	
u vlastitom stanu																																	
u vlastitoj kući																																	
u domu umirovljenika																																	
ništa od navedenog																																	
sam/a																																	
s partnerom																																	
s djecom																																	
s djecom i unucima																																	
s drugom rodbinom																																	
A16. Roditeljstvo	A17. Unučad	A18. Slobodno vrijeme																															
<p>Navedite u praznom polju broj:</p> <table border="1" data-bbox="204 1256 557 1357"> <tr><td>biološke djece</td><td></td></tr> <tr><td>posvojene djece</td><td></td></tr> <tr><td>pastorčadi</td><td></td></tr> </table>	biološke djece		posvojene djece		pastorčadi		<p>Navedite u praznom polju broj:</p> <table border="1" data-bbox="596 1256 892 1323"> <tr><td>unučadi</td><td></td></tr> <tr><td>praunučadi</td><td></td></tr> </table>	unučadi		praunučadi		<p>Označite s »X« u praznom polju kako provodite najveći dio slobodnog vremena:</p> <table border="1" data-bbox="989 1317 1383 1480"> <tr><td>u kući</td><td></td></tr> <tr><td>u šetnji</td><td></td></tr> <tr><td>kod djece/rođaka</td><td></td></tr> <tr><td>kod prijatelja/susjeda</td><td></td></tr> <tr><td>u gerontološkom centru</td><td></td></tr> </table>		u kući		u šetnji		kod djece/rođaka		kod prijatelja/susjeda		u gerontološkom centru											
biološke djece																																	
posvojene djece																																	
pastorčadi																																	
unučadi																																	
praunučadi																																	
u kući																																	
u šetnji																																	
kod djece/rođaka																																	
kod prijatelja/susjeda																																	
u gerontološkom centru																																	

A19. Tjelesna aktivnost	A20. Duljina vježbanja	A21. Učestalost vježbanja																												
<p>Napišite na crti koja vam od tjelesnih aktivnosti predstavlja najveći problem:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Koliko vježbate u sklopu gerontološkog centra:</p> <table border="1" data-bbox="619 331 954 645"> <tr><td>godinu dana</td><td></td></tr> <tr><td>dvije godine</td><td></td></tr> <tr><td>tri godine</td><td></td></tr> <tr><td>četiri godine</td><td></td></tr> <tr><td>pet godina</td><td></td></tr> <tr><td>šest godina</td><td></td></tr> <tr><td>sedam godina</td><td></td></tr> <tr><td>osam godina</td><td></td></tr> <tr><td>devet godina</td><td></td></tr> <tr><td>deset godina</td><td></td></tr> </table>	godinu dana		dvije godine		tri godine		četiri godine		pet godina		šest godina		sedam godina		osam godina		devet godina		deset godina		<p>Kako često vježbate u sklopu gerontološkog centra:</p> <table border="1" data-bbox="994 331 1337 488"> <tr><td>jednom tjedno</td><td></td></tr> <tr><td>dvaput tjedno</td><td></td></tr> <tr><td>više od dvaput tjedno</td><td></td></tr> <tr><td>rijeđe od jedanput tjedno</td><td></td></tr> </table>	jednom tjedno		dvaput tjedno		više od dvaput tjedno		rijeđe od jedanput tjedno	
godinu dana																														
dvije godine																														
tri godine																														
četiri godine																														
pet godina																														
šest godina																														
sedam godina																														
osam godina																														
devet godina																														
deset godina																														
jednom tjedno																														
dvaput tjedno																														
više od dvaput tjedno																														
rijeđe od jedanput tjedno																														
A22. Informiranost	A23 Redovitost vježbanja	A 24 Dolazak na vježbanje																												
<p>Označite s »X« u praznom polju način na koji ste čuli za vježbe u gerontološkom centru:</p> <table border="1" data-bbox="244 824 595 958"> <tr><td>od susjeda/prijatelja</td><td></td></tr> <tr><td>preko radija i televizije</td><td></td></tr> <tr><td>putem interneta</td><td></td></tr> <tr><td>nekom drugim putem</td><td></td></tr> </table> <p>Kojim:</p> <p>_____</p>	od susjeda/prijatelja		preko radija i televizije		putem interneta		nekom drugim putem		<p>Označite s »X« u praznom polju koliko ste izostajali s vježbanja u protekljih godinu dana:</p> <table border="1" data-bbox="619 824 970 1048"> <tr><td>ni jednom</td><td></td></tr> <tr><td>mjesec dana</td><td></td></tr> <tr><td>dva mjeseca</td><td></td></tr> <tr><td>svaki mjesec po nekoliko puta</td><td></td></tr> <tr><td>par puta tijekom godine</td><td></td></tr> </table>	ni jednom		mjesec dana		dva mjeseca		svaki mjesec po nekoliko puta		par puta tijekom godine		<p>Označite s »X« u praznom polju način na koji dolazite na vježbanje:</p> <table border="1" data-bbox="994 806 1337 963"> <tr><td>Autobus</td><td></td></tr> <tr><td>Tramvaj</td><td></td></tr> <tr><td>Pješice</td><td></td></tr> <tr><td>Sam/a se vozim</td><td></td></tr> <tr><td>Netko me doveze</td><td></td></tr> </table>	Autobus		Tramvaj		Pješice		Sam/a se vozim		Netko me doveze	
od susjeda/prijatelja																														
preko radija i televizije																														
putem interneta																														
nekom drugim putem																														
ni jednom																														
mjesec dana																														
dva mjeseca																														
svaki mjesec po nekoliko puta																														
par puta tijekom godine																														
Autobus																														
Tramvaj																														
Pješice																														
Sam/a se vozim																														
Netko me doveze																														
ZDRAVLJE I ZDRAVSTVENO STANJE																														
B1 Pušenje	B2 Broj cigareta	B3 Početak pušenja																												
<p>Označite s »X« u praznom polju pušite li:</p> <table border="1" data-bbox="244 1283 595 1417"> <tr><td>da, svakodnevno</td><td></td></tr> <tr><td>da, povremeno</td><td></td></tr> <tr><td>ne</td><td></td></tr> <tr><td>bivši sam pušač</td><td></td></tr> </table>	da, svakodnevno		da, povremeno		ne		bivši sam pušač		<p>Koliko cigareta dnevno popušite:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>S koliko godina ste počeli redovito pušiti:</p> <p>_____</p> <hr/> <p>B4 prestanak pušenja</p> <p>S koliko godina ste prestali pušiti:</p> <p>_____</p>																				
da, svakodnevno																														
da, povremeno																														
ne																														
bivši sam pušač																														

B5 Kronične bolesti a	B6 Kronične bolesti b																																																	
Označite s »X« u praznom polju bolujete li od koje kronične bolesti:	Označite s »X« u praznom polju od koje kronične bolesti bolujete (moguće je više odgovora):																																																	
<table border="1"> <tr><td>da</td><td></td></tr> <tr><td>ne</td><td></td></tr> </table>	da		ne		<table border="1"> <tr><td>visok tlak</td><td></td><td>slabiji sluh</td><td></td></tr> <tr><td>»slabo srce«</td><td></td><td>reuma</td><td></td></tr> <tr><td>slabokrvnost</td><td></td><td>bol u križima</td><td></td></tr> <tr><td>vrtoglavica, poremećaj ravnoteže</td><td></td><td>otvorena rana na nozi</td><td></td></tr> <tr><td>povišene masnoće u krvi</td><td></td><td>kronična rana dekubitus</td><td></td></tr> <tr><td>povišen šećer</td><td></td><td>učestali proljevi</td><td></td></tr> <tr><td>proširene vene</td><td></td><td>osteoporoza</td><td></td></tr> <tr><td>Poteškoće s disanjem</td><td></td><td>Opstipacija</td><td></td></tr> <tr><td>Glaukom</td><td></td><td>Depresija</td><td></td></tr> <tr><td>Mrena</td><td></td><td>Senilnost</td><td></td></tr> <tr><td colspan="4">Druge bolesti:</td></tr> </table>		visok tlak		slabiji sluh		»slabo srce«		reuma		slabokrvnost		bol u križima		vrtoglavica, poremećaj ravnoteže		otvorena rana na nozi		povišene masnoće u krvi		kronična rana dekubitus		povišen šećer		učestali proljevi		proširene vene		osteoporoza		Poteškoće s disanjem		Opstipacija		Glaukom		Depresija		Mrena		Senilnost		Druge bolesti:			
da																																																		
ne																																																		
visok tlak		slabiji sluh																																																
»slabo srce«		reuma																																																
slabokrvnost		bol u križima																																																
vrtoglavica, poremećaj ravnoteže		otvorena rana na nozi																																																
povišene masnoće u krvi		kronična rana dekubitus																																																
povišen šećer		učestali proljevi																																																
proširene vene		osteoporoza																																																
Poteškoće s disanjem		Opstipacija																																																
Glaukom		Depresija																																																
Mrena		Senilnost																																																
Druge bolesti:																																																		
B7 Smetnje mokrenja																																																		
<table border="1"> <tr><td>nema smetnji</td><td></td></tr> <tr><td>učestalo noćno mokrenje</td><td></td></tr> <tr><td>Inkontinencija</td><td></td></tr> </table>	nema smetnji		učestalo noćno mokrenje		Inkontinencija																																													
nema smetnji																																																		
učestalo noćno mokrenje																																																		
Inkontinencija																																																		
B8 Pomagala	B9 Stres	B10 Posjeta liječniku																																																
Označite s »X« u praznom polju koja od pomagala koristite, (moguće je više odgovora):	Označite s »X« u praznom polju jeste li u protekla 3 mjeseca pretrpjeli psihološki stres?	Koliko ste puta u proteklih godinu dana tražili pomoć liječnika?																																																
<table border="1"> <tr><td>naočale</td><td></td></tr> <tr><td>zubnu protezu</td><td></td></tr> <tr><td>slušni aparat</td><td></td></tr> <tr><td>štap</td><td></td></tr> <tr><td>klupicu</td><td></td></tr> <tr><td>invalidska kolica</td><td></td></tr> <tr><td>čarape za proširene vene</td><td></td></tr> <tr><td>pomagala za kupanje (stolac, rukohvat)</td><td></td></tr> <tr><td>uloške, pelene</td><td></td></tr> <tr><td>periku, tupe</td><td></td></tr> </table>	naočale		zubnu protezu		slušni aparat		štap		klupicu		invalidska kolica		čarape za proširene vene		pomagala za kupanje (stolac, rukohvat)		uloške, pelene		periku, tupe		<table border="1"> <tr><td>ne</td><td></td></tr> <tr><td>da</td><td></td></tr> </table> <p>Ako da koji</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	ne		da		<p>_____</p> <p>Razlog, osobito navesti vrstu operativnog zahvata:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																								
naočale																																																		
zubnu protezu																																																		
slušni aparat																																																		
štap																																																		
klupicu																																																		
invalidska kolica																																																		
čarape za proširene vene																																																		
pomagala za kupanje (stolac, rukohvat)																																																		
uloške, pelene																																																		
periku, tupe																																																		
ne																																																		
da																																																		
B11 Bolnica a	B12 Bolnica b	B13 lijekovi																																																
Koliko ste puta u zadnjih godinu dana ležali u bolnici:	Označite s »X« u praznom polju Bolničko liječenje je bilo:	Označite s »X« u praznom polju Koliko lijekova uzimate dnevno u proteklih godinu dana:																																																
<p>Razlog:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<table border="1"> <tr><td>hospitalizacija akutnog tipa</td><td></td></tr> <tr><td>hospitalizacija kroničnog tipa</td><td></td></tr> <tr><td>rehabilitacija</td><td></td></tr> </table>	hospitalizacija akutnog tipa		hospitalizacija kroničnog tipa		rehabilitacija		<table border="1"> <tr><td>ne pijem lijekove</td><td></td></tr> <tr><td>jedan lijek dnevno</td><td></td></tr> <tr><td>dva do tri lijeka dnevno</td><td></td></tr> <tr><td>više od tri lijeka dnevno</td><td></td></tr> <tr><td>ukoliko je više od 3 navesti koliko</td><td></td></tr> </table>	ne pijem lijekove		jedan lijek dnevno		dva do tri lijeka dnevno		više od tri lijeka dnevno		ukoliko je više od 3 navesti koliko																																	
hospitalizacija akutnog tipa																																																		
hospitalizacija kroničnog tipa																																																		
rehabilitacija																																																		
ne pijem lijekove																																																		
jedan lijek dnevno																																																		
dva do tri lijeka dnevno																																																		
više od tri lijeka dnevno																																																		
ukoliko je više od 3 navesti koliko																																																		

B14 Fizikalna terapija																																								
Označite s »X« u praznom polju koje godine ste zadnji put bili na fizikalnoj terapiji:																																								
<table border="1"> <tr> <td>vrsta terapije</td> <td>godina</td> </tr> <tr> <td>struja</td> <td></td> </tr> <tr> <td>magnet</td> <td></td> </tr> <tr> <td>uzv</td> <td></td> </tr> <tr> <td>vježbe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>toplice</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Koje toplice:</td> </tr> </table>	vrsta terapije	godina	struja		magnet		uzv		vježbe		toplice		Koje toplice:																											
vrsta terapije	godina																																							
struja																																								
magnet																																								
uzv																																								
vježbe																																								
toplice																																								
Koje toplice:																																								
KVALITETA ŽIVOTA																																								
C1 Početak bavljenja novim	C2 Dosadašnji život	C3 Sadašnji život																																						
Označite s »X« u praznom polju, da li ste se nakon odlaska u mirovinu počeli baviti nečim novim:	Označite s »X« u praznom polju koliko ste bili zadovoljni s kvalitetom svog dosadašnjeg života:	Označite s »X« u praznom polju koliko ste zadovoljni s kvalitetom Vašeg sadašnjeg života (od kada imate 65 godina i više):																																						
<table border="1"> <tr> <td>ne</td> <td></td> </tr> <tr> <td>da</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ako da čime</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ne		da		ako da čime										<table border="1"> <tr> <td>nimalo zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>malo zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>srednje zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>uglavnom zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>potpuno zadovoljan</td> <td></td> </tr> </table>	nimalo zadovoljan		malo zadovoljan		srednje zadovoljan		uglavnom zadovoljan		zadovoljan		potpuno zadovoljan		<table border="1"> <tr> <td>nimalo zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>malo zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>srednje zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>uglavnom zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>zadovoljan</td> <td></td> </tr> <tr> <td>potpuno zadovoljan</td> <td></td> </tr> </table>	nimalo zadovoljan		malo zadovoljan		srednje zadovoljan		uglavnom zadovoljan		zadovoljan		potpuno zadovoljan	
ne																																								
da																																								
ako da čime																																								
nimalo zadovoljan																																								
malo zadovoljan																																								
srednje zadovoljan																																								
uglavnom zadovoljan																																								
zadovoljan																																								
potpuno zadovoljan																																								
nimalo zadovoljan																																								
malo zadovoljan																																								
srednje zadovoljan																																								
uglavnom zadovoljan																																								
zadovoljan																																								
potpuno zadovoljan																																								
C4 Fizička aktivnost	C5 Kvaliteta nakon umirovljenja	C6 Nastavak bavljenja profesijom																																						
Označite s »X« u praznom polju da li ste odlaskom u mirovinu postali fizički:	Označite s »X« u praznom polju, nakon umirovljenja kvaliteta života vam se:	Označite s »X« u praznom polju, nakon odlaska u mirovinu nastavili ste se baviti svojom profesijom:																																						
<table border="1"> <tr> <td>manje aktivni</td> <td></td> </tr> <tr> <td>jednako</td> <td></td> </tr> <tr> <td>aktivniji</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	manje aktivni		jednako		aktivniji				<table border="1"> <tr> <td>poboljšala</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ostala ista</td> <td></td> </tr> <tr> <td>smanjila</td> <td></td> </tr> </table>	poboljšala		ostala ista		smanjila		<table border="1"> <tr> <td>ne</td> <td></td> </tr> <tr> <td>da</td> <td></td> </tr> </table>	ne		da																					
manje aktivni																																								
jednako																																								
aktivniji																																								
poboljšala																																								
ostala ista																																								
smanjila																																								
ne																																								
da																																								

C7 Glavni problem	C8 Glavni problem starijih	C9 Kućni ljubimac																																										
<p>Označite s »X« u praznom polju što smatrate svojim sadašnjim glavnim problemom (mogće je više odgovora):</p>	<p>Označite s »X« u praznom polju što općenito smatrate glavnim problemom starih osoba (mogće je više odgovora):</p>	<p>Imate li kućnog ljubimca, ako da navesti kojega i koliko dugo:</p>																																										
<table border="1"> <tr><td>oslabljeno zdravstveno stanje</td><td></td></tr> <tr><td>osamljenost</td><td></td></tr> <tr><td>ekonomske poteškoće</td><td></td></tr> <tr><td>osjećaj beskorisnosti</td><td></td></tr> <tr><td>ostalo:</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	oslabljeno zdravstveno stanje		osamljenost		ekonomske poteškoće		osjećaj beskorisnosti		ostalo:								<table border="1"> <tr><td>oslabljeno zdravstveno stanje</td><td></td></tr> <tr><td>osamljenost</td><td></td></tr> <tr><td>ekonomske poteškoće</td><td></td></tr> <tr><td>osjećaj beskorisnosti</td><td></td></tr> <tr><td>ostalo:</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	oslabljeno zdravstveno stanje		osamljenost		ekonomske poteškoće		osjećaj beskorisnosti		ostalo:								<table border="1"> <tr><td>ne</td><td></td></tr> <tr><td>da:</td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	ne		da:							
oslabljeno zdravstveno stanje																																												
osamljenost																																												
ekonomske poteškoće																																												
osjećaj beskorisnosti																																												
ostalo:																																												
oslabljeno zdravstveno stanje																																												
osamljenost																																												
ekonomske poteškoće																																												
osjećaj beskorisnosti																																												
ostalo:																																												
ne																																												
da:																																												
C13 Psihološka karakteristika																																												
<p>Označite s »X« u praznom polju koju bi ste svoju psihološku karakteristiku naveli kao glavni pokretač vaše dugovječnosti (moguće je više odgovora):</p>																																												
<table border="1"> <tr><td>prihvaćam svake životne situacije s optimizmom</td><td></td></tr> <tr><td>upornost i stalna borba u rješavanju poteškoća</td><td></td></tr> <tr><td>stalna intelektualna i fizička aktivnost</td><td></td></tr> <tr><td>stalna briga i potpora svojoj obitelji</td><td></td></tr> <tr><td>samodisciplinacija i redovito pridržavanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja</td><td></td></tr> <tr><td>vjera i duhovnost</td><td></td></tr> <tr><td>ostalo:</td><td></td></tr> </table>			prihvaćam svake životne situacije s optimizmom		upornost i stalna borba u rješavanju poteškoća		stalna intelektualna i fizička aktivnost		stalna briga i potpora svojoj obitelji		samodisciplinacija i redovito pridržavanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja		vjera i duhovnost		ostalo:																													
prihvaćam svake životne situacije s optimizmom																																												
upornost i stalna borba u rješavanju poteškoća																																												
stalna intelektualna i fizička aktivnost																																												
stalna briga i potpora svojoj obitelji																																												
samodisciplinacija i redovito pridržavanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja																																												
vjera i duhovnost																																												
ostalo:																																												

UPITNIK ZLK – 90 – 2

Ispitanik: _____

Pitanjima u upitniku koji je pred Vama želimo ispitati neka Vaša vjerovanja o Vašem zdravlju i faktorima koji na njega djeluju. Molimo Vas da pažljivo pročitate svako pitanje i označite koliko vjerujete da Vaše zdravlje ovisi o onome što je u tom pitanju navedeno. Svoj odgovor označit ćete tako da zaokružite slovo onog predloženog odgovora koji najbolje izražava Vaše vjerovanje. Molimo Vas da na pitanja odgovarate u skladu s Vašim osobnim uvjerenjem, a ne onako kako možda drugi misle da bi trebalo odgovarati.

1. Da li vjerujete da liječnici mogu izliječiti većinu bolesti od kojih možete oboljeti?
 - a) uopće ne vjerujem
 - b) uglavnom ne vjerujem
 - c) uglavnom vjerujem
 - d) potpuno vjerujem

2. Da li vjerujete da ne treba posebno voditi računa o svom zdravlju jer će Vam se svakako dogoditi ono što Vam je suđeno?
 - a) u potpunosti vjerujem
 - b) uglavnom vjerujem
 - c) uglavnom ne vjerujem
 - d) uopće ne vjerujem

3. Vjerujete li da ćete sačuvati svoje zdravlje vodeći računa o tome što i koliko jedete?
 - a) uopće ne vjerujem
 - b) uglavnom ne vjerujem
 - c) uglavnom vjerujem
 - d) potpuno vjerujem

4. Vjerujete li da uništena priroda (zagađeni zrak, voda, hrana) neprekidno šteti Vašem zdravlju?
 - a) uopće ne vjerujem
 - b) uglavnom ne vjerujem
 - c) uglavnom vjerujem
 - d) potpuno vjerujem

5. Vjerujete li da najkorisnije zdravstvene savjete i upute nalazite u različitim tjednicima i novinama?
 - a) u potpunosti vjerujem
 - b) uglavnom vjerujem
 - c) uglavnom ne vjerujem
 - d) uopće ne vjerujem

6. Da li vjerujete da je vaše zdravlje u Božjim rukama?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

7. Da li vjerujete da ćete sačuvati Vaše zdravlje ako pazite što radite i kako živite?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

8. Vjerujete li da svakodnevne poteškoće s kojima se suočavate (na poslu, u obitelji) ugrožavaju Vaše zdravlje?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

9. Da li vjerujete da su, bez obzira od čega obolite, savjeti Vaše obitelji izuzetno važni za Vaše ozdravljenje?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

10. Vjerujete li da ne trebate voditi brigu o Vašem zdravlju, jer dobro i loše zdravlje ovisi o nasljeđu?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

11. Da li vjerujete da ćete se moći zaštititi od različitih bolesti što više znate o njihovim uzrocima?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

12. Vjerujete li da bi Vaše zdravlje bilo manje ugroženo kad biste imali više slobodnog vremena?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

13. Vjerujete li da većinu bolesti najuspješnije liječe bioenergetičari?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

14. Da li vjerujete da je Vaše zdravlje samo stvar sreće?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

15. Da li vjerujete da rezultati liječenja bilo koje bolesti ovise barem toliko o Vama koliko i o liječniku ili terapiji?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

16. Da li vjerujete da svaka društvena promjena (npr. politička previranja) negativno djeluje na Vaše zdravlje?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

17. Da li vjerujete da kada ste bolesni trebate potražiti savjet prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

18. Vjerujete li da ćete uz Božju pomoć ozdraviti od bilo koje bolesti?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

19. Vjerujete li da Vas Vaše higijenske navike mogu zaštititi od većine bolesti?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

20. Da li vjerujete da ljudi koji Vam idu na živce škode Vašem zdravlju?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

21. Da li vjerujete da većinu bolesti od kojih možete oboljeti najuspješnije liječe travari?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

22. Vjerujete li da su gotovo sve bolesti koje ste preboljeli posljedica slučaja?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

23. Da li vjerujete da bez obzira od čega obolite, o Vama ovisi kako ćete brzo ozdraviti?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

24. Vjerujete li da svaka promjena vremena ugrožava Vaše zdravlje?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

25. Da li vjerujete da zdravstveno osoblje najbolje zna šta je dobro za Vaše zdravlje?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

26. Da li vjerujete da se uvijek zateknete na mjestu gdje ima prehladenih i bolesnih?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

27. Vjerujete li da ćete svoje zdravlje najbolje sačuvati ako redovito odlazite na kontrolne preglede?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

28. Vjerujete li da ne možete sačuvati svoje zdravlje ako na liječnički pregled morate čekati dva do tri sata?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

29. Vjerujete li da bi za Vaše zdravlje bilo mnogo bolje kad bi Vaše radna organizacija (škola, fakultet) organizirala redovite sistematske preglede?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

30. Da li vjerujete da loša sreća koja Vas prati ugrožava Vaše zdravlje?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

31. Vjerujete li da je svatko odgovoran za svoje zdravlje?

- a) u potpunosti vjerujem
- b) uglavnom vjerujem
- c) uglavnom ne vjerujem
- d) uopće ne vjerujem

32. Da li vjerujete da neugodne vijesti u novinama, na radiju ili televiziji škode Vašem zdravlju?

- a) uopće ne vjerujem
- b) uglavnom ne vjerujem
- c) uglavnom vjerujem
- d) potpuno vjerujem

Ljestvica za procjenu stupnja socijalne podrške

Molimo, procijenite u kojoj mjeri vama bliske osobe...

1.	Vam pružaju ohrabrenje	1	2	3	4
2.	Vam daju korisne informacije	1	2	3	4
3.	Govore stvari koje vam podižu samopouzdanje	1	2	3	4
4.	Vas slušaju kad trebate s nekim razgovarati	1	2	3	4
5.	Pokazuju da im je stalo do vas kao osobe	1	2	3	4
6.	Pokazuju da razumiju vase misli i osjećaje	1	2	3	4
7.	Vam pružaju izravnu pomoć, odnosno daju vam stvari koje trebate	1	2	3	4
8.	Razgovarate li s vama bliskim osobama kada ste zbog nečeg uznemireni	1	2	3	4

Sada ću Vam postaviti nekoliko pitanja o Vašem zdravlju, te onome što radite.

Čitajte polako, slijedite tekst i ponovite ako je potrebno. Zaokružite točne odgovore.

1. Općenito, biste li rekli da je Vaše zdravlje: (zaokružite jedan odgovor)

odlično	1
vrlo dobro	2
dobro	3
zadovoljavajuće	4
loše	5

2. U usporedbi s prošlom godinom, kako biste sada ocijenili svoje zdravlje?
(zaokružite jedan odgovor)

puno bolje nego prije godinu dana	1
malo bolje nego prije godinu dana	2
otprilike isto kao i prije godinu dana	3
malo lošije nego prije godinu dana	4
puno lošije nego prije godinu dana	5

3. Sljedeća pitanja se odnose na aktivnosti kojima se možda bavite tijekom jednog tipičnog dana.

Ograničava li Vas trenutačno Vaše zdravlje u obavljanju tih aktivnosti? Ako DA, u kojoj mjeri?

(zaokružite jedan broj u svakom redu)

AKTIVNOSTI	DA puno	DA malo	NE nimalo
a) fizički naporne aktivnosti, kao što su trčanje, podizanje teških predmeta, sudjelovanje u naporim sportovima	1	2	3
b) umjereno naporne aktivnosti, kao što su pomicanje stola, vožnja biciklom, boćanje i sl.	1	2	3
c) podizanje ili nošenje torbe s namirnicama	1	2	3
d) uspinjanje uz stepenice (nekoliko katova)	1	2	3
e) uspinjanje uz stepenice (jedan kat)	1	2	3
f) saginjanje, klečanje ili pregibanje	1	2	3
g) hodanje više od 1 kilometra	1	2	3
h) hodanje oko pola kilometra	1	2	3
i) hodanje 100 metara	1	2	3
j) kupanje ili oblačenje	1	2	3

4. Jeste li u protekla 4 tjedna u svom radu ili drugim redovitim dnevnim aktivnostima imali neki od sljedećih problema zbog svog fizičkog zdravlja? (zaokružite jedan broj u svakom redu)

	DA	NE
a) skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	1	2
b) obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
c) niste mogli obavljati neke poslove ili druge aktivnosti	1	2
d) imali ste poteškoća pri obavljanju posla ili nekih drugih aktivnosti (npr. morali ste uložiti dodatni trud)	1	2

5. Jeste li u protekla 4 tjedna imali neke od dolje navedenih problema na poslu ili pri obavljanju nekih drugih svakodnevnih aktivnosti zbog bilo kakvih emocionalnih problema

(npr. osjećaj depresije ili tjeskobe)?

(zaokružite jedan broj u svakom redu)

	DA	NE
a) skratili ste vrijeme provedeno u radu i drugim aktivnostima	1	2
b) obavili ste manje nego što ste željeli	1	2
c) niste obavili posao ili druge aktivnosti onako pažljivo kao obično	1	2

6. U kojoj su mjeri u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili Vaši emocionalni problemi utjecali na Vaše uobičajene društvene aktivnosti u obitelji, s prijateljima, susjedima ili drugim ljudima?

(zaokružite jedan odgovor)

- uopće ne 1
- u manjoj mjeri 2
- umjereno 3
- prilično 4
- izrazito 5

7. Kakve ste tjelesne bolove imali u protekla 4 tjedna?

(zaokružite jedan odgovor)

- nikakve 1
- vrlo blage 2
- blage 3
- umjerene 4
- teške 5
- vrlo teške 6

8. U kojoj su Vas mjeri ti bolovi u protekla 4 tjedna ometali na Vašem uobičajenom radu (uključujući rad izvan kuće i kućne poslove)? (zaokružite jedan odgovor)

- uopće ne 1
- malo 2
- umjereno 3
- prilično 4
- izrazito 5

9. Sljedeća pitanja govore o tome kako se osjećate i kako ste se osjećali u protekla 4 tjedna. Molim Vas da za svako pitanje odaberete po jedan odgovor koji će najbliže odrediti kako ste se osjećali.

Koliko ste se vremena u protekla 4 tjedna:
(zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

	stalno	skoro uvijek	dobar dio vremena	povremeno	rijetko	nikada
a) osjećali puni života?	1	2	3	4	5	6
b) bili vrlo nervozni?	1	2	3	4	5	6
c) osjećali tako potištenim da Vas ništa nije moglo razvedriti?	1	2	3	4	5	6
d) osjećali spokojnim i mirnim?	1	2	3	4	5	6
e) bili puni energije?	1	2	3	4	5	6
f) osjećali malodušnim i tužnim?	1	2	3	4	5	6
g) osjećali iscrpljenim?	1	2	3	4	5	6
h) bili sretni?	1	2	3	4	5	6
i) osjećali umornim?	1	2	3	4	5	6

10. Koliko su Vas vremena u protekla 4 tjedna Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni problemi ometali u društvenim aktivnostima (npr. posjete prijateljima, rodbini itd.)? (zaokružite jedan odgovor)

- stalno 1
- skoro uvijek 2
- povremeno 3
- rijetko 4
- nikada 5

11. Koliko je u Vašem slučaju TOČNA ili NETOČNA svaka od dolje navedenih tvrdnji?

(zaokružite jedan odgovor u svakom redu)

	potpuno točno	uglavnom točno	ne znam	uglavnom netočno	potpuno netočno
a) čini mi se da se razbolim lakše nego drugi ljudi	1	2	3	4	5
b) zdrav sam kao i bilo tko drugi koga poznajem	1	2	3	4	5
c) mislim da će mi se zdravlje pogoršati	1	2	3	4	5
d) zdravlje mi je odlično	1	2	3	4	5

Zdravstveno promotivni model – Instrument za mjerenje životnog stila koji promiče zdravi način života (HLPL II) (Verzija za odrasle)

PROFIL ŽIVOTNOG STILA II

Upute: Ovaj upitnik sadrži izjave vezane uz vaš **sadašnji** način života i vaše osobne navike. Molimo vas da na svaku izjavu odgovorite što je točnije moguće, te probajte ne izostaviti niti jednu izjavu. Naznačite učestalost određenog oblika ponašanja zaokruživanjem jednog od ponuđenih slova:

N nikad, **P** ponekad, **Č** često, **R** rutinski

		Nikad	Ponekad	Često	Rutinski
1.	O svojim problemima raspravljam sa meni dragim ljudima s kojima sam blizak	N	P	Č	R
2.	Gotovo uvijek biram nemasnu hranu	N	P	Č	R
3.	Svaki put obavijestim svog liječnika o neobičnim promjenama na svom tijelu	N	P	Č	R
4.	Imam unaprijed zadani program vježbanja	N	P	Č	R
5.	Dovoljno spavam	N	P	Č	R
6.	Osjećam da se mijenjam i napredujem na bolje	N	P	Č	R
7.	Pohvalim druge ljude kada su ostvarili uspjeh	N	P	Č	R
8.	Pazim na količinu šećera koju unosim u organizam i biram hranu koja sadrži manje šećera	N	P	Č	R

		Nikad	Ponekad	Često	Rutinski
9.	Informiram se o zdravlju putem časopisa i tv emisija	N	P	Č	R
10.	Vježbam barem 3 puta tjedno u trajanju od 20 min. ili više	N	P	Č	R
11.	Svakodnevno odvojim vrijeme za opuštanje	N	P	Č	R
12.	Vjerujem da moj život ima smisao	N	P	Č	R
13.	Nastojim održati dobre odnose s drugim ljudima	N	P	Č	R
14.	Jedem više obroka dnevno koji sadrže kruh, žitarice, rižu ili tjesteninu	N	P	Č	R
15.	Postavljam pitanja zdravstvenom osoblju kako bi što bolje razumio njihove upute	N	P	Č	R
16.	Svakodnevno lagano do umjereno hodam 30-40 minuta	N	P	Č	R
17.	Prihvaćam stvari koje u svom životu koje ne mogu promijeniti.	N	P	Č	R
18.	Gledam optimistično prema budućnosti	N	P	Č	R
19.	Provodim većinu vremena s bliskim prijateljima	N	P	Č	R
20.	Svaki dan pojedem više od dva obroka koji sadrže voće	N	P	Č	R
21.	Kada je u pitanju moje zdravlje uvijek tražim i drugo liječničko mišljenje	N	P	Č	R
22.	Sudjelujem u rekreativnim aktivnostima kao što su plivanje, vožnja bicikla, trčanje barem jednom tjedno	N	P	Č	R
23.	Koncentriram se na ugodne i pozitivne misli prije spavanja	N	P	Č	R
24.	Osjećam se ispunjeno i sabrano	N	P	Č	R

		Nikad	Ponekad	Često	Rutinski
25.	Mišljenja sam da nije teško pokazati ljubav i toplinu prema drugim osobama	N	P	Č	R
26.	Svaki dan pojedem obrok koji sadrži povrće	N	P	Č	R
27.	Razgovaram s liječnikom i med. osobljem o zabrinutosti za vlastito zdravlje.	N	P	Č	R
28.	Koristim vježbe istezanja najmanje 3 puta tjedno	N	P	Č	R
29.	Koristim posebne tehnike opuštanja i kontrole stresa	N	P	Č	R
30.	Radim na ostvarenju svojih dugoročnih ciljeva	N	P	Č	R
31.	U kontaktu sam s osobama kojima je stalo do mene i meni do njih	N	P	Č	R
32.	Svaki dan pojedem obrok koji sadrži mlijeko, jogurt ili sir	N	P	Č	R
33.	Najmanje jednom mjesečno pregledam svoje tijelo kako bi uočio neobične izrasline, kvržice i sl.	N	P	Č	R
34.	Osim svakodnevne aktivnosti još pješačim barem 30 minuta najmanje 3 puta tjedno	N	P	Č	R
35.	Uspijeva mi postići ravnotežu ranih obveza i slobodnog vremena	N	P	Č	R
36.	Svaki dan mi je zanimljiv i izazovan	N	P	Č	R
37.	Pronalazim načine kako zadovoljiti svoju potrebu za intimnošću i samoćom	N	P	Č	R
38.	Svaki dan pojedem obrok koji sadrži meso, perad, ribu	N	P	Č	R
39.	Tražim informacije od liječnika i dr. medicinskog osoblja o tome kako voditi brigu o zdravlju	N	P	Č	R

		Nikad	Ponekad	Često	Rutinski
40.	Kontroliram svoj puls (srčanu frekvenciju) prilikom vježbanja	N	P	Č	R
41.	Svakodnevno praktiram vježbe opuštanja u trajanju 15-20 minuta	N	P	Č	R
42.	Svjestan/na sam toga što je važno u mom životu	N	P	Č	R
43.	Pomažu mi osobe koje su bliske sa mnom	N	P	Č	R
44.	Obavezno pročitam naljepnice na pakiranju koji govore o hranjivoj vrijednosti, postotku masnoće i drugim vrijednostima	N	P	Č	R
45.	Pratim edukativne emisije koje se odnose na zdravlje	N	P	Č	R
46.	Cilj mi je osim redovitog vježbanja i usvajanje pravilnih prehrambenih navika	N	P	Č	R
47.	Moj unutarnji mir mi pomaže da prevladam umor	N	P	Č	R
48.	Osjećam povezanost s energijom koja je veća od moje	N	P	Č	R
49.	Rješavam konfliktne situacije s drugim osobama kompromisom (mirnom raspravom, bez svađe)	N	P	Č	R
50.	Obavezno doručkujem	N	P	Č	R
51.	Obavezno se savjetujem i tražim upute od medicinskog osoblja kada je to potrebno	N	P	Č	R
52.	Izlažem sebe novim iskustvima i izazovima	N	P	Č	R

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

07

IZJAVA O AVTORSKEM DELU IN ISTOVETNOSTI TISKANE IN ELEKTRONSKE VERZIJE ZAKLJUČNEGA DELA

Priimek in ime študenta	Mateja Znika
Vpisna številka	31143011
Študijski program	Doktorski študijski program tretje bolonjske stopnje SOCIALNA GERONTOLOGIJA
Naslov zaključnega dela:	ODNOS PSIHOSOCIALNIH ČIMBENIKOV I PERCEPCIJE ZDRAVLJA KOD STARIJIH OSOB ODNOS MED PSIHOSOCIALNIMI FAKTORJI IN ZAZNAVO ZDRAVJA STAREJŠIH
Naslov v angleščini:	THE RELATIONSHIP OF PSYCHOSOCIAL FACTORS AND THE PERCEPTION OF HEALTH IN OLDER ADULTS
Mentor:	Doc. dr. sc. Spomenka Tomek-Roksančič
Somentor:	Zasl. red. prof. dr. Marija Ovsenk
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Je predloženo zaključno delo z naslovom ODNOS PSIHOSOCIALNIH ČIMBENIKOV I PERCEPCIJE ZDRAVLJA KOD STARIJIH OSOB izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela,
- Sem poskrbel/a da so dela in mnenja drugih avtorjev, ki jih uporabljam v predloženem delu navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili,
- Se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oziroma ideje predstavljene kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah, UrL RS št. 139/2006 s spremembami),
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vso moralno, kazensko in odškodninsko odgovornost,

Podpisani-a Mateja Znika izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddal/a elektronsko verzijo zaključnega dela v Digitalno knjižnico. Zaključno delo sem izdelal-a sam-a ob pomoči mentorja. V skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Uradni list RS, št. 16/2007) dovoljujem, da se zgoraj navedeno zaključno delo objavi na portalu Digitalne knjižnice. Prav tako dovoljujem objavo osebnih podatkov vezanih na zaključek študija (ime, priimek, leto in kraj rojstva, datum diplomiranja, naslov diplomskega dela) na spletnih straneh in v publikacijah Alma Mater.

Tiskana verzija zaključnega dela je istovetna elektronski verziji, ki sem jo oddal/a za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

Zagreb, 12.11.2022.

Podpis študent/ke:

IZJAVA O LEKTORIRANJU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

06

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisana

Sanja Bosak,

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

Profesorica hrvatskog jezika i književnosti, izvrstan savjetnik

potrjujem, da sem lektoriral(a) zaključno delo študenta(ke)

Mateja Znika,

z naslovom:

ODNOS PSIHOSOCIJALNIH ČIMBENIKA I PERCEPCIJE ZDRAVLJA KOD STARIJIH OSOBA

Kraj: Zagreb

Datum: 21.11.2022.

Podpis: _____

Sanja Bosak