

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

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mara Županić

ALMA MATER EUROPAEA
Evropski center, Maribor

Doktorsko delo
študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**USPOREDBA POKAZATELJA KVALITETE
ŽIVOTA STARIJH OSOBA U HRVATSKOM
URBANOM I RURALNOM PROSTORU**

**PRIMERJAVA KAZALNIKOV KAKOVOSTI
ŽIVLJENJA STAREJŠIH V HRVAŠKEM
URBANEM IN RURALNEM PODROČJU**

**COMPARISON OF QUALITY OF LIFE
INDICATORS OF THE ELDERLY IN
CROATIAN URBAN AND RURAL AREAS**

Mentor:izr. prof. dr. Mladen Havelka

Kandidat: Mara Županić

Maribor, veljača 2019

ZAHVALA

Zahvaljujem svom mentoruizr. prof. dr. Mladenu Havelki na nesebičnoj stručnoj pomoći, savjetima i strpljenju tijekom pisanja ovoga rada. Zahvaljujem članovima Povjerenstva dr. Mari Ovsenik i pri. dr. sc. Spomenki Tomek Roksandić. Također, zahvaljujem na nesebičnoj pomoći svim medicinskim sestrama iz Patronažne djelatnosti iz Doma zdravlja Zagreb-Centar, Doma zdravlja Zagreb-Zapad, Doma zdravlja Zagreb-Istok iz Zagreba, kao i medicinskim sestrama iz Patronažne djelatnosti Doma zdravlja Krapinsko-zagorske županije, Doma zdravlja Gospić i Doma zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije koje su sudjelovale i doprinijele tome da se istraživanje izvrši prema svim pravilima struke.

SAŽETAK

Starenje stanovništva predstavlja velike izazove za zdravstveni i socijalni sustav država gdje se bilježi porast starijeg stanovništva. Takvo demografsko kretanje događa se i u Republici Hrvatskoj. Društvena odgovornost je stvoriti optimalne životne uvjete i osigurati kvalitetu života starijim osobama. Čini se da među istraživačima postoji konsenzus o poboljšaju mjerenja kvalitete života s ciljem povezivanja različitih čimbenika koji utječu na kvalitetu kod starije populacije. Kvaliteta života je multidimenzionalni koncept na koji mogu utjecati različiti subjektivni i objektivni čimbenici. Okolina u velikoj mjeri utječe na kvalitetu života starijih osoba. Samim time nameće se važnost istraživanja utjecaja osobitosti različitih resursa u lokalnim prostorima na kvalitetu života starijih osoba. Cilj je doktorske disertacije istraživanjem ustanoviti kvalitetu života kod starije hrvatske populacije i istražiti postoje li razlike u pokazateljima kvalitete života ovisno žive li osobe u ruralnom ili urbanom prostoru. Istraživački instrumenti koji su korišteni u istraživanju jesu strukturirani standardizirani upitnik osobnih podataka i standardizirani mjerni instrumenti: upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF), Barthelov indeks aktivnosti svakodnevnog života i skale temporalnog zadovoljstva životom. Uzorak su činili ispitanici oba spola, u dobi od 65 i više godina starosti na području urbanog i ruralnog prostora Republike Hrvatske. Rezultati istraživanja su pokazali da postoje statistički značajne razlike u domenama kvalitete života i pojedinim sociodemografskim i socioekonomskim pokazateljima ovisno o tome žive li stariji ljudi u urbanom ili ruralnom hrvatskom prostoru. Zbog različitosti koje su se pokazale u istraživanju odgovornosti hrvatskog sustava i na nacionalnoj i na lokalnoj razini, trebalo bi starijim osobama, bez obzira na prostor i osobno socioekonomsko stanje, osigurati život u okruženju koje olakšava socijalno funkcioniranje i umanjuje razlike u pružanju zdravstvenih i socijalnih usluga koje su potrebne ovoj dobnoj skupini.

Ključne riječi: kvaliteta života, starije osobe, urbani prostor, ruralni prostor.

ABSTRACT

Population aging poses great challenges for the health and social systems of countries where the increase of the elderly population is recorded. Such demographic trends also occur in the Republic of Croatia. Social responsibility represents achieving optimal living conditions and ensuring the quality of life for the elderly. There appears to be consensus among researchers that improvement in quality of life measurement with the aim of linking various factors affecting the quality of the older population is needed. Quality of life is a multidimensional concept influenced by various subjective and objective factors. Surroundings largely affect the quality of life of the elderly, and therefore implies the importance of researching the impacts of the features of various resources in the local area on the quality of life of the elderly. The aim of the thesis is to examine the quality of life of Croatian elderly population through research and to investigate whether there are differences in quality of life indicators depending on whether they live in rural or urban areas. The research tools used in the research include structured standardized personal data questionnaire and standardized measurement instruments including the World Health Organization (WHOQOL-BREF) questionnaire, the Barthell index of daily life activities, and the scale of temporal satisfaction with life. The study sample consisted of subjects of both sexes, 65 and over years of age, in the urban and rural areas of the Republic of Croatia. The results of the research have shown that there are statistically significant differences in the domains of quality of life and certain sociodemographic and socioeconomic indicators depending on whether the elderly live in urban or rural parts of Croatia. Due to the differences that have emerged in the research, the responsibility of the Croatian institutions at national and local level would be to ensure that elderly, regardless of environment and personal socioeconomic status, should live in an environment that facilitates social functioning and reduces differences in the provision of health and social services needed in this age group.

Key words: quality of life, elderly, urban environment, rural environment.

SADRŽAJ

1	UVOD.....	1
2	TEORIJSKA ISHODIŠTA POKAZATELJA KVALITETE ŽIVOTA KOD STARIJE POPULACIJE.....	7
2.1	Aktivno zdravo starenje u funkciji zadovoljstva životom.....	7
2.2	Subjektivna dobrobit i zadovoljstvo životom u mjerenju kvalitete života starijih osoba	10
2.3	Odnos socijalne i obiteljske podrške u mjerenju kvalitete života.....	13
2.4	Oblikovanje identiteta i potreba cjeloživotnog razvoja kod starijih osoba.....	16
2.5	Odnos prostornog identiteta i kvalitete života starijih osoba.....	17
2.6	Odnos usamljenosti, socijalne isključenosti i kvalitete života starijih osoba.....	18
2.7	Bračno stanje i spol u mjerenju kvalitete života.....	21
2.8	Seksualnost u mjerenju kvalitete života.....	22
2.9	Odnos kronološke dobi i kvalitete života.....	23
2.10	Odnos zdravlja i kvalitete života.....	24
2.11	Odnos stereotipa o starenju, starijim ljudima i kvaliteti života.....	25
2.12	Ocjena dosadašnjih istraživanja iz područja procjene kvalitete života.....	26
3	ISTRAŽIVAČKI DIO.....	33
3.1	Svrha i ciljevi doktorske disertacije.....	33
3.2	Istraživačke hipoteze, provjera i istraživačka pitanja.....	34
3.3	Istraživačka metodologija.....	34
3.3.1	Metode i tehnike prikupljanja podataka.....	34
3.3.2	Opis instrumenta.....	35
3.3.3	Opis uzorka.....	37
3.3.4	Opis obrade podataka.....	38
3.4	Rezultati.....	40
3.5	Rasprava.....	119
4.	ZAKLJUČAK.....	152
5.	LITERATURA.....	153

PRILOZI:

Prilog A: Popis institucija koje su sudjelovale u istraživanju

Prilog B: Odluke Etičkog povjerenstva Bjelovarsko-bilogorske županije

Prilog C: Odluke Etičkog povjerenstva Krapinsko-zagorske županije

Prilog D: Odluke Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Gospić, Ličko-senjske županije

Prilog E: Odluke Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zagreb-Zapad

Prilog F: Odluke Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zagreb-Istok

Prilog G: Odluka Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zagreb-Centar

Prilog H: Odobrenje Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) o korištenju WHOQOL-BREF upitnika

Prilog I: Anketni upitnici

IZJAVA O AUTORSTVU

POTVRDA O LEKTORIRANJU

POPIS TABELA I GRAFIKONA:

Tabela 1: Prikaz distribucije oblika stanovanja istraživanih skupina ispitanika.....	40
Tabela 2: Prikaz distribucije ispitanika prema spolu.....	41
Tabela 3: Prikaz distribucije ispitanika prema dobi.....	41
Tabela 4: Prikaz distribucije ispitanika prema razini obrazovanja.....	42
Tabela 5: Prikaz distribucije ispitanika prema načinu stanovanja.....	43
Tabela 6: Prikaz distribucije ispitanika prema bračnom statusu.....	44
Tabela 7: Prikaz distribucije ispitanika prema percepciji materijalnog stanja.....	45
Tabela 8: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o razini podrške.....	46
Tabela 9: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o ocjeni kvalitete života.....	47
Tabela 10: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o zadovoljstvu životom.....	47
Tabela 11: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o procjeni boli u ograničavanju funkcioniranja.....	48
Tabela 12: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o potrebnom medicinskom liječenju za svakodnevno funkcioniranje.....	49
Tabela 13: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o uživanju u životu.....	49
Tabela 14: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o smislenosti života.....	50
Tabela 15: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o mogućnosti koncentracije.....	50
Tabela 16: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o osjećaju sigurnosti.....	51
Tabela 17: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o fizičkom okruženju.....	52
Tabela 18: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o posjedovanju energije.....	53
Tabela 19: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o prihvaćanju tjelesnog izgleda.....	53
Tabela 20: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o financijskim sredstvima za osobne potrebe.....	54
Tabela 21: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o dostupnim informacijama.....	54
Tabela 22: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o slobodnim aktivnostima.....	55
Tabela 23: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o mogućnosti kretanja.....	55
Tabela 24: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o zadovoljstvu snom.....	56
Tabela 25: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o sposobnosti izvedbe aktivnosti svakodnevnog života.....	56
Tabela 26: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o radnoj sposobnosti.....	57
Tabela 27: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o osobnom zadovoljstvu....	57

Tabela 28: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o zadovoljstvu osobnim kvalitetama.....	58
Tabela 29: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o zadovoljstvu seksualnim životom.....	59
Tabela 30: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o dobivenoj podršci prijatelja.....	60
Tabela 31: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o uvjetima stanovanja	60
Tabela 32: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o zadovoljstvu zdravstvenim uslugama.....	61
Tabela 33: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o mogućnosti prijevoza.....	62
Tabela 34: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o negativnim osjećajima....	63
Tabela 35: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 1. mjerenje prošloga zadovoljstva).....	64
Tabela 36: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 2. mjerenje prošloga zadovoljstva).....	64
Tabela 37: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 3. mjerenje prošloga zadovoljstva).....	65
Tabela 38: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 4. mjerenje prošloga zadovoljstva).....	65
Tabela 39: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 5. mjerenje prošloga zadovoljstva).....	66
Tabela 40: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 1. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva).....	66
Tabela 41: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 2. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva).....	67
Tabela 42: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 3. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva).....	67
Tabela 43: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 4. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva).....	68
Tabela 44: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 5. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva).....	68
Tabela 45: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 1. mjerenje budućeg zadovoljstva).....	69
Tabela 46: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu	

(Pitanje 2. mjerenje budućeg zadovoljstva).....	69
Tabela 47: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 2. mjerenje budućeg zadovoljstva).....	71
Tabela 48: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 3. mjerenje budućeg zadovoljstva).....	72
Tabela 49: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu (Pitanje 4. mjerenje budućeg zadovoljstva).....	73
Tabela 50: Prikaz distribucije vrijednosti Bartelovog indeksa.....	74
Tabela 51: Prikaz testa normalnosti za Bartelov indeks.....	75
Tabela 52: Prikaz testa normalnosti.....	76
Tabela 53: Prikaz deskriptivnih pokazatelja (Bartelov indeks)	77
Tabela 54: Prikaz sume rangova.....	77
Tabela 55: Testna statistika.....	78
Tabela 56: Prikaz sume rangova (domene i temporalno zadovoljstvo životom).....	79
Tabela 57: Prikaz testne statistike (domene i temporalno zadovoljstvo životom).....	80
Tabela 58: Prikaz rangova (spol – testiranje skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	81
Tabela 59: Testna statistika (spol – testiranje skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	82
Tabela 60: Prikaz rangova (dob – testiranje skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	82
Tabela 61: Testna statistika (dobi – unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	83
Tabela 62: Prikaz rangova (obrazovanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	84
Tabela 63: Testna statistika (obrazovanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	85
Tabela 64: Prikaz rangova (način stanovanja – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	86
Tabela 65: Testna statistika (način stanovanja – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	87
Tabela 66: Prikaz rangova (bračni status – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	88
Tabela 67: Testna statistika (bračni status – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	89
Tabela 68: Prikaz rangova (mjesečni prihod – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	90

Tabela 69: Testna statistika (mjesečni prihod – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	91
Tabela 70: Prikaz rangova (materijalno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	92
Tabela 71: Testna statistika (materijalno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	93
Tabela 72: Prikaz rangova (bračno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	94
Tabela 73: Testna statistika (bračno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	95
Tabela 74: Spearmanov koeficijent korelacije – unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba).....	96
Tabela 75: Prikaz rangova skupine ruralna sredina (spol – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	97
Tabela 76: Testna statistika (spol – testiranje skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	98
Tabela 77: Prikaz rangova (dob – testiranje skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	99
Tabela 78: Testna statistika (dob – testiranje skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	100
Tabela 79: Prikaz rangova (obrazovanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	100
Tabela 80: Testna statistika obrazovanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	102
Tabela 81: Prikaz rangova (način stanovanja – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	102
Tabela 82: Testna statistika (način stanovanja – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	104
Tabela 83: Prikaz rangova (bračno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	104
Tabela 84: Testna statistika (bračno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	106
Tabela 85: Prikaz rangova (mjesečni prihod – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	106

Tabela 86: Testna statistika(mjesečni prihod – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	108
Tabela 87:Prikaz rangova (materijalno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	109
Tabela 88: Testna statistika (materijalno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	110
Tabela 89: Prikaz rangova (bračno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	111
Tabela 90: Testna statistika (bračno stanje – testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	112
Tabela 91: Spearmanov koeficijent korelacije (unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina).....	113
Tabela 92: Prikaz rangova (urbana sredina / ruralna sredina).....	114
Tabela 93: Testna statistika (urbana sredina / ruralna sredina).....	115
Tabela 94: Prikaz rangova (ruralna po županijama).....	116
Tabela 95: Testna statistika (ruralna po županijama).....	117
Grafikon 1: Grafički prikaz distribucije broja ispitanika prema županijama na uzorku od N = 300 ispitanika.....	40
Grafikon 2: Grafički prikaz distribucije ispitanika prema razini obrazovanja na uzorku od N = 300 ispitanika.....	43
Grafikon 3: Grafički prikaz distribucije ispitanika prema mjesečnom prihodu.....	44
Grafikon 4: Grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o razini podrške.....	46
Grafikon 5: Grafički prikaz distribucije ispitanika prema osjećaju sigurnosti.....	52
Grafikon 6: Grafički prikaz distribucije ispitanika o seksualnom zadovoljstvu.....	59
Grafikon 7: Grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o zadovoljstvu dostupnošću zdravstvenim uslugama.....	62
Grafikon 8: Grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N = 300 ispitanika.....	70
Grafikon 9: Grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N = 300 ispitanika.....	71

Grafikon 10: Grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N = 300 ispitanika.....	72
Grafikon 11: Grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N = 300 ispitanika.....	73
Grafikon 12: Grafički prikaz distribucije vrijednosti Bartelovog indeksa.....	74

1 UVOD

Da je starenje je globalni fenomen ukazuju rezultati strukture stanovništva Europske unije (EU) iz 2010. godine gdje je bilo je nešto više od 87 milijuna osoba u dobi od 65 i više godina (17,4% ukupnog stanovništva), dok je osoba u dobi od 65 i više godina 1985. godine bilo 59,3 milijuna što je iznosilo 12,8% ukupnog stanovništva (Borg idr. 2012, 7). Isti izvor navodi da su predviđanja da će se do 2060. godine srednja dob stanovništva Europske unije stabilizirati na 47,6 godina, što je oko 15 godina više nego prije jednog stoljeća (Borg idr. 2012, 17). Demografske promjene temeljene na transnacionalnom i multidisciplinarnom pristupu trebaju poslužiti za pronalaženje rješenja i mogućnosti u stvaranju atraktivnih, održivih i ekonomski izvedivih urbanih područja u Europi (Astiaso Garcia idr. 2017, 911). Svijet trenutno doživljava dvije značajne demografske promjene: prvo, starenje stanovništva, osobito u zemljama niskog i srednjeg dohotka i drugo, urbanizaciju (Beard i Petitot 2010, 427). Neki autori navode da je fiziološko starenje ljudi raznolik proces progresivnih deficita u svim sferama života (biološkim, psihičkim, društvenim) ravnomjerno raspoređenih u vremenu, bez prisutnih patoloških promjena (Malgorazata i Rafal 2014, 836, 838). Starenje je multidimenzionalna promjena koja uključuje promjene unutar fizičkog, psihološkog, kao i društvenih aspekata (Sharma 2018, 69). Gupta i Sharma (2018, 69) prema (Dey 2003) navode kako je starenje u biološkim uvjetima, dinamičan proces koji predstavlja molekularne, biokemijske, fiziološke i strukturne promjene koje se među pojedincima odvijaju nakon završetka rasta na različiti način. Tijekom sljedećih 50 godina, postoji vjerojatnost za općim starenjem svjetske populacije na svim kontinentima, predviđanja su da će se srednja dob povećati s 29,2 godine u 2010. na 39,1 godinu do 2060. godine (Borg idr. 2012, 34). Starenje populacije generirati će mnoge izazove i činiti sve veći pritisak na različite aspekte vezane uz društvo, ekonomiju, socijalnu i zdravstvenu zaštitu te javne financije. Pogoršanje mentalnog i tjelesnog kapaciteta postalo je izazov društva na međunarodnoj razini, posebice zbog demencije i Alzheimerove bolesti. Prema EU Joint Programme¹ prosječno trajanje ove bolesti je između 2 i 10 godina, tijekom kojih će bolesnici zahtijevati posebnu skrb koja je značajan teret za njegovatelje i za društvo u cjelini. U dugoročnim izgledima neophodno je da starija populacija ostane zdrava, neovisna, aktivna u obiteljima, društvu i gospodarstvu što je duže moguće. Gradovi su područja koja

¹ JPND is the largest global research initiative aimed at tackling the challenge of neurodegenerative diseases. <http://www.neurodegenerationresearch.eu/about/why/>

koncentriraju ljude, mogućnosti i rješenja, ali istodobno mogu prouzročiti izazove i poteškoće. Stariji ljudi su posebno ranjivi na utjecaj sve veće urbanizacije (Astiaso Garcia idr. 2017, 908–921). Ramovš (2009, 23) u svom radu navodi da se Europa danas suočava s demografskim promjenama koje su same po sebi razmjera i težine bez presedana. Autor naglašava da se rješavanje današnjih gorućih demografskih zadataka, osobito onih koji se odnose na kvalitetno starenje, povezuje s pojmom međugeneracijske solidarnosti i da je u teoriji i konceptu za antropologizaciju gerontologije nužan pristup stavljanja integralnog ljudskog bića u prvi plan. Državni Zavod za statistiku (2011) navodi da prema posljednjem popisu stanovništva iz 2011. godine u Hrvatskoj živi 4.284.889 stanovnika. Prema istom popisu Hrvatska je imala 758.633 stanovnika u dobi 65 i više godina (17,7 %). Prema navedenom popisu u Hrvatskoj je živjela 2.201 osoba od 95 godina, od čega 1.719 žena. Tijekom 2001. godine takvih je bilo samo 1.445, a usporedbe radi, 1953. godine u Hrvatskoj je živjelo samo 275 osoba koje su doživjele 95. rođendan. Procjenjuje se da je 2014. godine došlo do znatnog povećanja udjela osoba starije dobi, odnosno da se 2011. godine udio osoba starije dobi sa 17,7 % povećao na 18,62 % (Tomek-Roksandić idr. 2016, 36). Republika Hrvatska spada u skupinu zemalja u kojima su indeks starenja i koeficijent starosti odavno prešli kritične vrijednosti. Izvjesne biološke sposobnosti starenjem opadaju, a isto se događa i s intelektualnim sposobnostima, navode Schaie i Willis (2001, 25–26). Prema istom izvoru na razvoj životnog vijeka utječe interakcija osnovnih bioloških, okolinskih i bio-okolinskih odrednica, a biološki i socijalni čimbenici visoko koreliraju s kronološkom dobi. Prema Duraković (2011, 9) starenje može biti različito i tamo gdje nema naznaka promjena funkcije pojedinih organa. Iz svega navedenog, definiranje starosti nije isključivo pitanje nečije kronološke dobi i funkcionalne sposobnosti, već i odnos kvalitete nečijeg života, sustava vrijednosti i obilježja lokalne zajednice u kojoj neka osoba živi. Analiza podataka o funkcionalnom stanju starijih osoba doprinosi praćenju stanja zdravlja i potreba starijih osoba te upozorava na potrebu sustavnog planiranja zdravstvene i socijalne skrbi (Popek i Rodin 2018, 125). Grupa autora kvalitetu života opisuje kao interakciju ljudskih potreba i subjektivnu percepciju ispunjenja potreba te dostupnost mogućnosti za ispunjavanje potreba sada i u budućnosti. Za njih ljudske potrebe uključuju opstanak, identitet, slobodu i slobodno vrijeme, duhovnost, reprodukciju, sigurnost, naklonost, razumijevanje, sudjelovanje te kreativnost, dok subjektivno blagostanje uključuje dobrobit, korisnost i sreću za pojedince i/ili grupe (Costanza idr. 2008, 18). Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao: „Percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu kroz kontekst kulturoloških i vrijednosnih sistema u kojem žive, u odnosu na njihove ciljeve, standarde i

potrebe“ (WHO 1998a, 3). Sama definicija uključuje nekoliko domena koje su važne u procjeni kvalitete života. Navedene domene su: fizičko zdravlje, psihološki status, razina neovisnosti, primjena pravilne prehrane, socijalni kontakti, faktori okoliša, zdravstveno ponašanje koje može biti pozitivno ili negativno i duhovne potrebe. Zbog svega navedenog, kvaliteta života može se promatrati kroz multidimenzionalnost jer procjenjuje fizičko, emocionalno te psihološko stanje, kao i socijalne i somatsko psihološke funkcije (Stavljenić-Rukavina 2012, 9). Kvaliteta života prema članovima International Well Being Group (Cummins 1998, 3) je multidimenzionalan pojam kojeg čine: životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanje zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnost. Iako ne postoji jedinstvena definicija, kod svih definicija u osnovi, koncept kvalitete života zasniva se na definiranju objektivnih i subjektivnih pokazatelja. Dok subjektivni ovise o osobinama ličnosti pojedinca, objektivne pokazatelje čine materijalne prilike, stambeni uvjeti, organizacija zdravstvene zaštite, socijalna skrb, stopa smrtnosti i slično (Žganec idr. 2008, 175). Objektivni pokazatelji materijalnih prilika povezani su sa subjektivnim percepcijama ekonomske situacije. Tako, preko 43 % starije populacije u Hrvatskoj izjavljuje da s teškoćama uspijeva podmiriti svoje potrebe, a posebice je to karakteristično za starije ljude iz Središnje i Istočne Hrvatske (Dobrotić idr. 2007, 163). Brojna istraživanja pokazala su da je povezanost subjektivne procjene i objektivnih pokazatelja o vlastitoj kvaliteti života složena, a osobni sustav vrijednosti odredit će koji su aspekti objektivne situacije bitni za osobno zadovoljstvo životom (Lučev i Tadinac 2005, 68). Za Slavuj (2012) je najveća prednost subjektivnih pokazatelja u mjerenju kvalitete života ta što mjerenje može „uhvatiti“ iskustva i percepcije koje su važne za pojedinca. Subjektivni pokazatelji odražavaju osobnu percepciju kvalitete života te omogućuju definiranje ključnih dimenzija kvalitete života i olakšavaju lakše uspoređivanje rezultata među pojedinim područjima kvalitete života (Slavuj 2012, 83). Smith i dr. u svom istraživanju starije gradske engleske populacije (2004, 793-814), naglašavaju važnost subjektivnih pokazatelja u mjerenju kvalitete života. Istraživanje koje je provedeno kod 7.401 starije osobe na prostoru 22 zemlje, prosječne dobi 73,1 godine, pokazalo je da postoje značajne razlike u pogledu važnosti različitih aspekata kvalitete života ovisno o spolu, dobi i zdravstvenom stanju. Isto istraživanje, korištenjem multiple regresijske analize, navodi da su najvažniji aspekti kvalitete života subjektivna dobrobit, osjećaj sreće, funkcionalna samostalnost te život bez boli (Molzahn idr. 2010, 293–295). U starosti se kvaliteta života očituje kroz zadovoljstvo pri rješavanju i zadovoljavanju potreba, a mjeri četiri osnovne ontološke utemeljene domene: kontrola, samostalnost, zadovoljstvo i samoostvarenje (Hyde

idr. 2013, 191). Postoje različite definicije i tumačenja pojma starosti. Prema Duraković i Žarković (2008, 69) definicija starosti i starenja temelji se na granici dobi od 65 i više godina. Isti izvor navodi da takva definicija nema medicinskog opravdanja jer biološka i kronološka dob nužno nisu sukladne. Da je starenje proces koji se odvija redovito uz pravilne promjene reprezentativnog organizama u reprezentativnoj okolini potvrđuje Schaie i Willis (2001, 94-98). Prema Rusac, starenje se smatra prediktorom siromaštva, smanjenjem kvalitete života, a nerijetko su stare osobe i marginalizirane u pogledu svojeg društvenog utjecaja te su ekonomski slabijeg statusa od mlađih dobni skupina (Rusac idr. 2016, 18). Da se kvaliteta života starijih ljudi razlikuje od kvalitete života mlađe populacije i da u mjerenju treba imati višedimenzionalni pristup, u svom radu navode i Netuveli i Blane. Koristeći analitički pristup u sadržaju odgovora na otvorena pitanja u istraživanju kod 999 osoba starijih od 65 godina, u Engleskoj i Škotskoj, autori su mjerenjem kvalitete života identificirali konstitutivne čimbenike. Kao važni čimbenici navode se društveni odnosi, društvene uloge i aktivnosti, individualne aktivnosti, zdravlje, odnos u obitelji, odnos u susjedstvu, financijske okolnosti, neovisnost, društvo i politika, naglašavajući kako su zdravlje, obitelj i susjedstvo vodeći indikatori u procjeni kvalitete života starije osobe (Netuveli i Blane 2008, 116). Istraživanje koje je proveo Šućur (2008b, 452) potvrđuje da su stalni prihodi važan prediktor za kvalitetu života. Prema gerontološko-javnozdravstvenim podacima (CZG NZJZ 2015, 474), na području Hrvatske u domove za starije i nemoćne smješteno je 15.960 osoba, što je tek oko 3 % od ukupnog broja starijih osoba. Stariji ljudi su izrazito heterogena skupina koja uglavnom živi u vlastitom kućanstvu. U preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) i u znanstveno-gerontološkim pristupima zaštite zdravlja starijih ljudi ističe se kako bi bilo poželjno osigurati takvu zaštitu zdravlja koja omogućuje da stariji čovjek što dulje živi u svom domu (World Health Organization 2012). Za starost, osim socijalnih uloga, funkcionalne sposobnosti, odnosa kvalitete pojedinčevog života i sustava vrijednosti, važna su i obilježja prostora u kojoj starija osoba živi. Prema gustoći naseljenosti prostor se definira kao urbani ili ruralni. Wirthova teorija urbaniteta govori o relativno slabijim socijalnim odnosima gdje se ljudi međusobno ne poznaju, što je temeljni kontrast manjim tradicionalnim sredinama (Giddens 2007, 575). U studijama sa starijom populacijom zdravlje se koristi kao bazični pokazatelj kvalitete života. Tako Giddens (2007, 144) navodi da su neka istraživanja pokazala da su određene skupine ljudi puno zdravije od drugih i da te zdravstvene nejednakosti treba sagledavati u povezanosti sa širim socioekonomskim čimbenicima, uključujući i strukturu kućanstva, razinu urbanizacije te geografski prostor. Da su područja procjene kvalitete života višedimenzionalna, govori i podatak Flash

Eurobarometra koji je objavio rezultate petog istraživanja o „Percepciji kvalitete života u europskim gradovima“. Istraživanje je provedeno 2015. godine u ukupno 79 europskih gradova u svim državama članicama EU te na Islandu, u Norveškoj, Švicarskoj i Turskoj. Iako je većina ispitanika, a bilo ih je 40 000, zadovoljna raznim aspektima života u gradu, ipak smatraju da kvalitetu života narušavaju tri važna indikatora: zdravstvena skrb, nezaposlenost i obrazovanje (European Commission – Info regio 2015). Ruralni prostor se može tumačiti kroz različite diskurse i pojmove uključujući političke, znanstvene, laičke i sl. (Lukić 2010, 51). Sociolog Mormont Marc u akademskom diskursu govori kako se pojam ruralnosti pojavio u 20. stoljeću tridesetih godina u vrijeme kada su seoska područja prolazila kroz promjene vezane uz industrijalizaciju i migraciju seoskog stanovništva u gradove (Woods 2004, 4). Dok Štambuk ruralnost shvaća kao „seosku zajednicu ili pripadnost selu, odnosno pripadnost ruralnom prostoru“ (Štambuk 1993, 173), Šundalić kroz sociološku paradigmu ruralnost shvaća kao prostor slabije naseljenosti u kojemu prevladava šumarska i poljoprivredna djelatnost te prostor u kojemu vladaju kulture koje nisu svodive na masovnu kulturu, odnosno kao prostor gdje ljudi prakticiraju i žive u boljoj interakciji jedni s drugima (Šundalić 2006b, 206-207). Lukić navodi da život u ruralnom prostoru obuhvaća individualne i socijalne osobitosti i da postoji različitost kulture života za pojedince među različitim skupinama (Lukić 2010, 64). Definicije ruralnih područja u pravilu su deskriptivne, a temeljna razlika u deskriptivnom smislu između ruralnih i urbanih područja jest mjerljiva prostorna granica na temelju socijalnih, ekonomskih i fizionomskih čimbenika, kao što je gustoća naseljenosti broja stanovnika određenog područja izvan gradske aglomeracije (Lukić 2010, 57, 6). Višedimenzionalnost ruralno-urbano za Woodsa jest razumijevanje urbanosti i ruralnosti kao stanja svijesti (Woods 2005, 11). Na osobno razvijanje i prilagođavanje neposredno utječe okolina u kojoj osoba živi i prostor gdje je ta okolina smještena (Kuzma idr. 2018, 14). Prema OECD kriterijima područje Grada Zagreba smatra se urbanim prostorom. U njemu se nalazi 18,44 % ukupnog stanovništva RH, 35,02 % u ruralnom prostoru i 46,55 % izrazito ruralnom prostoru (Defilippis 2005, 826). Da postoje regionalne različitosti u kvaliteti života starije populacije u Hrvatskoj na nekoliko ključnih područja, kao što su npr. ekonomske prilike, govori provedeno istraživanje Dobrotić i suradnika (2007, 163) koje je pokazalo da su starije osobe u središnjim i istočnim dijelovima Hrvatske, poglavito u Virovitičko-podravskoj i Bjelovarsko-bilogorskoj županiji, za razliku od ostalih područja u najnepovoljnijoj ekonomskoj situaciji. Isto tako navode da starije osobe u ruralnim područjima imaju za 45 % niži prosječni ekvivalentni kućanski dohodak, nego starije osobe iz urbanih područja.

2 TEORIJSKA ISHODIŠTA POKAZATELJA KVALITETE ŽIVOTA KOD STARIJE POPULACIJE

2.1 Aktivno zdravo starenje u funkciji zadovoljstava životom

Danas u mnogim razvijenim zemljama starija osoba od 65 godina očekuje da će živjeti još 15 – 20 godina. Neka istraživanja ukazuju da je kod današnjih starijih osoba od 65 do 85 godina održana funkcionalna neovisnost u odnosu na starije osobe te dobi u prošlosti. Produljenje života ne znači produljenje funkcionalne ovisnosti (Christensen idr. 2009, 6). Zaštita starih ljudi mora biti potpuno integrirana u sveobuhvatnom pristupu skrbi stanovništva, tamo gdje osobe žive, da ne budu bolesne, nemoćne ili ovisne o drugima (Vodič 2013, 155). Tako je i zaštita starih ljudi na svjetskoj, regionalnoj i nacionalnoj razini dio najizazovnije zdravstvene politike postavljene pred članove Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) u cilju osiguranja aktivnog – zdravog starenja. Slogan SZO i Ujedinjenih naroda (UN) „Stariji ljudi kao nova snaga za razvoj“, upućuje na osiguranje nacionalnih strategijskih programa za zdravo aktivno starenje. Pojam aktivnog starenja podrazumijeva stariju osobu koja ima aktivnu ulogu u društvu. Osigurati potpuno tjelesno, duševno i socijalno zadovoljstvo, kako zdravlje definira SZO, nije u potpunosti ostvarivo, posebice kada su u pitanju ljudi treće životne dobi koji su mnogo ranjiviji od mlađih ljudi. Prema Duraković (2015) znanost ne može utjecati na normalni proces starenja, kao što je utjecala na produljenje životnog vijeka. Zato je važno razlikovati zdravo starenje od pojave bolesnog i patološkog starenja, jer bolest i starost nisu sinonimi. Tako SZO (2002, 6) u dokumentu „Active ageing A Policy Framework“ naglašava da su u svim zemljama, a osobito zemljama u razvoju, mjere za zdravo aktivno starenje nužnost, a ne luksuz. Aktivno starenje je proces optimizacije i održavanja zdravlja, socijalne aktivnosti i sigurnosti u cilju poboljšanja kvalitete života s povećanjem dobi (SZO 2002, 12). Zdravo starenje se može sagledavati s aspekta aktivnosti samozbrinjavanja, aktivnosti produktivnosti i aktivnosti slobodnog vremena te života u vlastitom domu što je dulje moguće (Brajković 2010). Aktivno starenje podrazumijeva koncept aktivnosti produktivnog ili reproduktivnog karaktera kao plaćeni i neplaćeni/volonterski rad. Neke studije govore da uglavnom visokoobrazovani stariji ljudi rade plaćeni posao, osobito oni koji su prije umirovljenja bili na nekim značajnim funkcijama. Onaj neplaćeni uglavnom se odnosi na rad i pomoć mlađim članovima. Često i same starije osobe smatraju da je to njihova dužnost, a i autorica naglašava da je takav opće prihvaćen kulturološki i fenomena tipičan za naše prostore (Dragišić Labaš 2016, 51-59). Promicanje aktivnog starenja kao središnjeg koncepta i operativnog pristupa nacionalnim i regionalnim politikama u vezi sa starenjem jedan je od bitnih zaključaka Ekonomske komisije Ujedinjenih naroda za Europu (United Nations Economic Commission for Europe,

UNECE) okupljenih na četvrtoj ministarskoj konferenciji o starenju u rujnu 2017. godine u Lisabonu. Istim se dokumentima nameće ključna uloga društva u kreiranju i provođenju različitih programa, socijalne i zdravstvene aktivnosti za zaštitu i unaprjeđivanje zdravlja starijih ljudi u lokalnoj zajednici. Navedeni programi su svi oblici podrške starijoj osobi u vlastitoj kući/obitelji, zatim osiguranje gerontoloških centara – izvaninstitucijske skrbi za starije, dnevnih boravaka s gerontodomaćicama, osiguravanje smještaja u domovima za starije, otvaranje dnevnih centara i dnevnih bolnica za starije. Kada se govori o kvaliteti života, nužno je osvrnuti se na teoriju aktiviteta koja polazi od pretpostavke da će pojedinac biti zadovoljniji ako je uključen u neku njemu zanimljivu i svrsishodnu aktivnost (Škrbina 2014, 153). Razvojem različitih oblika skrbi iz Zakona o socijalnoj skrbi za starije osobe (2017) nastoji se uspostaviti ravnoteža između prava starijih na dostojanstvenu starost, trajnu društvenu uključenost i zagovaranje aktivnog zdravog starenja. Istraživanje koje je provela Bowling (2008b, 297) kod 337 starijih osoba prikazuje na koji način stariji ljudi opisuju aktivno starenje. Dobiveni rezultati tog istraživanja pokazali su da aktivno starenje za starije ljude znači biti funkcionalno sposoban, aktivno koristiti slobodno vrijeme i biti društveno aktivan, biti mentalno zdrav i funkcionalan te održavati socijalne odnose i kontakte. Isto istraživanje govori da trećina ispitanika opisuje sebe kao vrlo aktivne, a pola ih smatra da su prilično aktivni. Pod funkcionalnom sposobnošću podrazumijeva se sposobnost pojedinca da obavlja sve što je neophodno kako bi osigurao odgovarajuću kvalitetu života, što uključuje biološko, socijalno i psihološko funkcioniranje (Tomek-Roksandić 2012, 34). Odlaskom u mirovinu osobe se počinju prilagođavati i usvajati nove navike. U toj dobi dolazi do fizioloških promjena u funkcioniranju koje nisu uvjetovane isključivo kronološkom, navodi se da ponekad promjenama dominiraju determinirane mentalnog i tjelesnog stanja (Martinis 2005, 10). Optimalno zdravlje i kvaliteta života nezavisni su prediktori pozitivne samoprocjene aktivnoga starenja. Centar za zdravstvenu gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ – Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu starijih osoba potiče i nastoji koordinirati aktivnostima po hrvatskim regijama u provedbi 14 uputa za aktivno, zdravo i produktivno starenje, koje zagovara SZO kroz dokument „Strategija i akcijski plan za zdravo starenje u Europi 2012. – 2020.“ (WHO 2012). Aktivno, zdravo starenje uključuje prilagodbu novim okolnostima, spoznajama te stalno učenje i otkrivanje prednosti starenja i starosti (Žganec idr. 2008, 172). Starija osoba produktivno stari nastavljajući koristiti stara iskustva i usvajati nova tijekom cijelog života (Plavšić 2012, 55). Upravo teorija kontinuiteta (Havens, Atchley) naglašava da se osobni razvoj događa u unutrašnjem i vanjskom području. Unutrašnjim područjem, starija osoba nastoji zadržati

neka iskustva i ponašanja iz prošlosti, dok vanjski kontinuitet uključuje zadržavanje socijalnih veza, uloga i okoline. Navedeno upućuje da je temelj kvalitete života i prevencija teških socijalnih i zdravstvenih stanja poticanje samoaktivnosti starijeg čovjeka. Da vrijeme posvećeno produktivnim aktivnostima korelira sa životnim zadovoljstvom, potvrđuje istraživanje koje su proveli Baker i suradnici (Baker idr. 2005, 455). Aktivno korištenje slobodnog vremena i socijalne aktivnosti mogu pozitivno utjecati na prilagodbu na starenje (Stebbins 2013, 9, 27). Kreativnost i zanimanje za aktivan život nikako se ne bi trebala smanjivati nakon umirovljenja. Naprotiv, kreativna osoba živi odgovorno i sa svojom osobnom sposobnošću gradi suživot u socijalnoj sredini, konstruktivno s uravnoteženim potrebama, bez obzira na vrijeme i kulturu (Snoj 2006, 525). Aktivno starenje je proces optimizacije i održavanja zdravlja, socijalne aktivnosti i sigurnosti u cilju poboljšanja kvalitete života s povećanjem dobi (SZO 2002, 12). Studijom koja je provedena na Sveučilištu u Oklahomi na 112 ispitanika oba spola u dobi od 60 do 89 godina zdravih starijih ljudi, ustanovljeno je da osobe koje su sudjelovale u redovnoj fizičkoj aktivnosti najmanje umjerenog intenziteta za više od jednog sata tjedno u svim domenama pokazale su bolje zdravlje i bolju kvalitetu života od onih koje su bile manje fizički aktivne (Acree idr. 2006, 2, 4). Fizička aktivnost za starije ljude pokazala je višestruke fizičke i psihosocijalne koristi, utvrdilo je provedeno istraživanje među korisnicima gerontoloških centara u Zagrebu 2007. godine. Da im je rekreativno-medicinska gimnastika dobivena u gerontološkim centrima pomogla u zadovoljenju zdravstvenih, fizioloških i socijalnih potreba, smatralo je njih 82,89 %, polaznika, da imaju veći osjećaj korisnosti u zajednici od kada sudjeluju u aktivnostima centra smatralo je njih 79,4 % te da im je poboljšani društveni život smatralo je 81,40 % ispitanika (Lepan i Leutar 2012, 207). Autori istraživanja među osobama oba spola u dobi od 65 i više godina u Nizozemskoj smatraju da sudjelovanje u programima vježbanja može poboljšati obavljanje uobičajenih fizičkih aktivnosti, poboljšati sposobnost obavljanja zadataka svakodnevnog življenja, a društvenim kontaktima može se unaprijediti socijalni život starijih ljudi (Chin A PAW idr. 2006). Na temelju istraživanja na uzorku od 200 ispitanika u dobi između 65 do 90 godina autori naglašavaju da samo zadovoljstvo sudjelovanjem starijih osoba u socijalnim aktivnostima ima važniju dobrobit za zadovoljstvo životom pojedinca od samih postignuća rezultata (Anaby idr. 2011, 179). Stupanj autonomije i način života pozitivno je povezan s životnim zadovoljstvom starijih osoba. Oni stariji ljudi koji ne trebaju pomoć drugih, bolje procjenjuju kvalitetu života (Mares idr. 2016). Povezanost fizičke sposobnosti i dobrobiti utvrdilo je istraživanje koje je provedeno kod britanskih starijih osoba u dobi od 53 do 82 godina. Mjerenje je provedeno kod ispitanika

grupiranih u pet kohortnih skupina, u nultom vremenu, pet do deset godina nakon. Neke od objektivnih mjera fizičke sposobnosti koje se koriste kod starijih ljudi su i snaga stiska, brzina hodanja i podizanje stolice. Autori zaključuju da je bitna komponenta zdravog starenja očuvanje visoke razine fizičke sposobnosti koja pozitivno korelira s mentalnim blagostanjem kod starijih ljudi (Cooper idr. 2014, 446-455).

2.2. Subjektivna dobrobit i zadovoljstvo životom u mjerenju kvalitete života starijih osoba

Univerzalna definicija blagostanja pomalo blijedi. U znanstvenoj literaturi pojmovi kvaliteta života, sreća i zadovoljstvo životom istovremeno se i naizmjenično koriste s pojmom dobrobiti, iako istraživanja i statističke analize govore da se radi o nijansama. Dok se pojam sreće koristi kod opisivanja trenutnih emocija, zadovoljstvo životom koristi se za opisivanje dubljih osjećaja i dugoročne kognitivne procjene života u cjelini (Eger i Maridal 2015, 46). Za postizanje sreće i blagostanja svaka osoba ima aktivnu ulogu. Mnogi autori navode korelaciju socijalnih odnosa i blagostanja. Jedan od njih je i Waldinger koji na najreprezentativniji način tvrdi da su socijalni kontakti značajni protektivni i prediktivni pokazatelji osobnog zadovoljstva, zdravlja i blagostanja (Waldinger, 2015). Zadovoljstvo životom je jedan od općeprihvaćenih subjektivnih pokazatelja kvalitete života i uspješnog starenja (Dubey idr. 2011, 97). Zadovoljstvo životom nije jedinstven konstrukt, ali je jedan od pokazatelja kvalitete života. Upravo zbog toga što je zadovoljstvo multidimenzionalno, načini za povećavanje mogu biti različiti i ovise od toga što je to što osobu čini zadovoljnom (Cigić Gavrilović 2016, 48–49). S ciljem što boljeg razumijevanja konstrukta subjektivne dobrobiti, neki autori naglašavaju potrebu razmatranja vremenskih dimenzija, nazvanu temporalni model subjektivne dobrobiti, odnosno „3P“ model (eng. Present, Past, and Prospect – Future) koji razmatra prošlost, sadašnjost i budućnost (Durayappah (2011, 681, 703). Teoretičari naglašavaju da su za potrebe tumačenja koncepta zadovoljstva životom i subjektivne dobrobiti razvijeni različiti modeli. Jedan od modela je teorija procjene koja se temelji na pretpostavci da osoba svoje zadovoljstvo životom temelji na usporedbi s drugim ljudima (Penezić 2006, 645). Da je samoostvarenje povezano sa zadovoljstvom, govori i Rogersova teorija koja objašnjava da pozitivna ocjena o sebi nije stečena ni urođena, nego je pojedinac kroz vrijeme otkriva u težnji da je i zadovolji (Snoj 2006, 523–524)

Kada se opisuje sretna osoba, najčešće se kaže da je to zadovoljna osoba i da vodi kvalitetan život (Rusac 2016, 19). Starc (2013) navodi da sreća postaje sve važniji pokazatelj

društvenog, gospodarskog razvoja i osobnog blagostanja. Istraživanje koje je provedeno u Sloveniji kod osoba od 50 i više godina pokazalo je da se 51,5 % ispitanika osjeća jako sretno, 44,5 % izjašnjava se da nisu ni sretni niti nezadovoljni životom, dok je samo 4 % onih koji su se izjasnili kao vrlo nesretni. Autorica navodi vidljivo značajan trend opadanja sreće s godinama. Među odgovorima na pitanje što ih čini sretnim, daleko dominantna je obitelj i koncepti povezani s njom (djeca, unuci, supruga, suprug), zatim zdravlje, razumijevanje, rad i prijatelji. (Starc 2013, 543). Za zadovoljstvo životom često se koristi sinonim poput sreće, subjektivne dobrobiti i kvalitete života, dok Diener (1984) prema (Lorković 2010, 24) navodi da većina autora subjektivnu dobrobit stavlja na hijerarhijski viši položaj, nego što li je to zadovoljstvo životom. Subjektivna kvaliteta života naglašava percepciju prema unutarnjim i vanjskim vrijednostima i standardima same osobe, kao subjektivno blagostanje odnosno zadovoljstvo životom (Bowling 2005a, 10–11). Da je geografski prostor važno istraživačko područje u mjerenju kvalitete života potvrđuje istraživanje koje su proveli Steptoe suradnici (2015, 640–648) gdje su uspoređujući rezultate ispitanici iz bivšeg Sovjetskog Saveza, istočne Europe i Latinske Amerike pokazali veliku progresiju smanjenja dobrobiti s dobi, dok kod ispitanika iz subsaharske Afrike nije nađena korelacija subjektivne dobrobiti i dobi. Također, autori naglašavaju dvosmjerni odnos tjelesnog zdravlja i subjektivnog blagostanja. Za Vuletić (2013, 215) je zdravlje jedan od čimbenika koji utječe na osobno zadovoljstvo, a time i bolju percepciju kvalitete života. Autorica utvrđuje da osobni doživljaj zadovoljstva životom treba biti prepoznat kao vrijedan pokazatelj stanja zdravlja te navodi važnost samoprocjene zdravstvenog stanja kod istraživanja o kvaliteti života. Starost je usko vezana uz pojam kvalitete života. Iako se istraživači razlikuju u poimanju kvalitete života kao koncepta te ga neujednačeno definiraju unutar različitih disciplina, ipak se mnogi slažu da se koncept kvalitete života sastoji od objektivnog i subjektivnog aspekta. Prema Kaliterna-Lipovčan i Burušić (2012) kvaliteta življenja u odnosu na životni standard uključuje cijeli niz čimbenika koji oblikuju ono što cijenimo u životu i zbog čega smo zadovoljni. Najčešće, kao razloge zadovoljstva, autori navode obrazovanje, interpersonalne odnose te zdravlje koje uključuje i fizičko i psihičko, materijalno stanje, sigurnost, samostalnost, autonomnost, obrazovanje, rad, duhovnost i fizičku okolinu. Razvoj medicine i tehnologije, kvalitetnija zdravstvena zaštita i brojni drugi čimbenici doveli su do toga da se ljudski vijek produžio i da se taj trend i dalje nastavlja. No kronološkim produžavanjem života ne dolazi nužno do zadržavanja životnog zadovoljstva. Naprotiv, sve više ljudi u starijoj životnoj dobi treba pomoć kako bi zadovoljili svoje primarne potrebe te aktivnije doprinosili vlastitoj dobrobiti. Kao jedan od značajnih korelata

samoprocjene zdravlja pokazala se funkcionalna sposobnost. Funkcionalna sposobnost se mjeri samoprocjenom, a izložena je istim utjecajem kao i samoprocjena ostalih stanja ispitanika, navodi Despot-Lučanin (2003, 79). Također, zaključuje da zdravlje ima utjecaja na svakodnevno funkcioniranje pojedinca, njegovu radnu sposobnost te ukupno zadovoljstvo životom. U istraživanju dokazivanja povezanosti zdravstvenih, psihičkih i okolinskih čimbenika na pad kod starijih ljudi koji su proveli Ayis i suradnici (2006, 383) potvrđeno je da su glavni prediktori pada kod starijih ljudi smanjena funkcionalna sposobnost, loša percepcija zdravlja i zadovoljstva životom te psihička nestabilnost. Istraživanje o povezanosti osobina ličnosti i zadovoljstva životom zagrebačkih umirovljenika 2008. godine provedeno je kod 300 sudionika, oba spola. U domu za stare i nemoćne bilo je 140 sudionika te 160 sudionika koji žive u vlastitom kućanstvu u Zagrebu. Rezultati istraživanja su ukazali na značajnu povezanost između zadovoljstva životom i ekstraverzije. Također, utvrđena je pozitivna statistički značajna povezanost između emocionalne stabilnosti i zadovoljstva životom (Brajković 2011, 100–116). Izloženost stresu ubrzava fiziološke procese i starenje te smanjuje zadovoljstvo životom, potvrđuje istraživanje Epel idr, prema Havelka i Havelka Meštović (2013, 116). Zadovoljstvo životom jedna je od najčešćih pokazatelja mentalnog zdravlja i definira se kao kognitivna evaluacija komponente subjektivnog osjećaja dobrobiti. Učestalost poremećaja raspoloženja u starijoj dobi prema Duraković (2011, 200) ne predstavlja veću opasnost, niti veću učestalost, u odnosu na dobnu skupinu srednje životne dobi. Međutim, zbog porasta osoba starije dobi, veću pozornost trebalo bi usmjeriti na procjenu poremećaja raspoloženja koja je u korelaciji s kvalitetom života, navodi Duraković. Ta procjena uključuje: životno zadovoljstvo, zanimanja za svakodnevne aktivnosti, temeljno emocionalno stanje i depresivne simptome koji ne reagiraju na promjene u okolini. Ispitivanje kod 2934 osobe s područja cijele Hrvatske, 986 muškaraca i 1948 žena u dobi od 60. do 103. godine, prosječne dobi 72,7 godina pokazalo je da su ispitanici u prosjeku srednje zadovoljstvo svojim životom, vrijednost zadovoljstva je bila 16,2 bodova na skali od 8 – 24, što znači da nisu nezadovoljni, ali nisu niti jako zadovoljni (Havelka idr. 2000). Grupa autora provela je nekoliko studija ispitivanja kvalitete života među starijim ljudima na prostoru Latinske Amerike. Za potrebe istraživanja korišteni su dobiveni podaci iz nacionalnog istraživanja o kvaliteti života starijih osoba u Čileu, gdje su ispitanici učinci osam potencijalno važnih čimbenika (prehrana, tjelesna aktivnost, kretanje izvan kuće, čitanje, kvaliteta obiteljskih odnosa, sukobi, socijalna podrška, samoeфикаsnost) na tri glavne dimenzije kvalitete života: zadovoljstvo životom, funkcionalna sposobnost i materijalni uvjeti. Istraživanjem je potvrđeno da je za

funkcionalnu sposobnost glavni prediktivni faktor za prakticiranje fizičke aktivnosti, a za osjećaj zadovoljstva glavni prediktivni čimbenici su samoefikasnost, dobra kvaliteta socijalnog odnosa te prakticiranje nekih značajnih aktivnosti, kao što su čitanje i kretanje izvan kuće (Herrera Ponce idr. 2011, 7–21). Dob, tjelesni i zdravstveni status, socijalna podrška i zadovoljstvo susjedstvom pokazali su se najvažniji regresijski prediktori u percipiraju blagostanja kod urbanih Afroamerikanaca starije dobi (Heehyul 2012, 127). Da duhovnost i vjera mogu utjecati na kvalitetu života, govori istraživanje u Češkoj gdje autori navode paradoksalni zaključak, da su se bolesne starije osobe izjasnile kao više sretna u odnosu na zdrave osobe. Autori navedeni paradoks tumače da starije osobe, ako su vjernici, uzimaju svoju bolest kao test svoje „snage u vjeri“ i da svoju nadu crpe iz životnih zaliha i uzvišene životne vrijednosti (Mares idr. 2016, 11). Da je okolina u korelaciji s dobrobiti starijih osoba, ukazuju autori istraživanja u Južnoj Africi. Naime, oni su došli do zaključka da redovito vježbanje pomaže starijim osobama u obavljanju svakodnevnih kućanskih aktivnosti što pridonosi većoj psihičkoj stabilnosti, što pak rezultira boljom kvalitetom života. Također, autori navode da rezultati sugeriraju da su starije osobe koje žive u zajednici više motivirane za fizičku aktivnost, nego one koje žive u domovima za starije osobe (Ramocha idr. 2017, 342).

2.3. Odnos socijalne i obiteljske podrške u mjerenju kvalitete života

Socijalne teorije govore o statusu starih osoba u društvu, a socijalna podrška se pokazala univerzalnim prediktorom kvalitete života (Jakšić i Kovačić 2000, 141). Socijalna podrška podrazumijeva različite oblike emocionalne, simboličke, spoznajne, fizičke, instrumentalne i druge pomoći koju neki pojedinac dobiva ili na koju može računati u kriznim socijalnim ili osobnim situacijama. Prema Cobb (1976, 300) to su: informacije koje navode određenog pojedinca da vjeruje da je voljen i da se za njega netko brine, informacije koje navode određenog pojedinca da je poštovan i cijenjen te informacije koje navode određenog pojedinca da pripada nekoj zajednici. Kregar (2004, 3) socijalnu podršku definira kao postojanje ili dostupnost osoba na koje se starija osoba može osloniti te koje joj daju do znanja da o njoj brinu, vole je i da je cijene. U pravilu, socijalna podrška sadrži dva osnovna međusobno neovisna elementa: percepciju o dovoljnom broju dostupnih osoba na koje se može osloniti u slučaju potrebe i stupanj zadovoljstva koji pruža dostupna podrška. U istraživanju koje su provele Ambrosi-Randić i Plavšić (2008, 85) u Istarskoj županiji među starijom populacijom najjači prediktor u procjeni kvalitete života je, odmah nakon zdravlja,

psihološka dobrobit i dobar odnos sa članovima obitelji. Pečjak (2001, 218) navodi da veliku ulogu u percepciji kvalitete života starijih ljudi imaju obitelj i bliske osobe i da osamljenost skraćuje život starijim osobama. Funkcioniranje obitelji određuju i čimbenici socijalne sredine, dok struktura obitelji značajno može utjecati na kvalitetu života starije populacije (Benc idr. 2004, 28). Postoje različite definicije obitelji, međutim svaka ima neke zajedničke determinante kao što su pripadnost, dijeljenje, pravila, pomoć, odgoj i sl. Slično tome, ovako Štalekar definira obitelj:

"Obitelj je prva životna skupina kojoj pripadamo; ona je više od zbroja pojedinaca koji dijele jedinstven fizički i psihosocijalni prostor. Obitelj je prirodni socijalni sustav koji ima svoju strukturu, funkcije, pravila, uloge, načine komuniciranja, načine suočavanja s problemima i njihovim rješavanjem. Obitelj je organizirani koherentni sustav determiniran svojom strukturom"
(Štalekar 2010, 234).

Društveni, socijalni i gospodarski odnos današnjeg modernog svijeta, društva u 21. stoljeću rezultirao je promjenama unutar obitelji. Za razliku od tradicionalne nuklearne obitelji kod današnje postmoderne obitelji, izgleda da je opće dobro u drugom planu, dok se primarno javlja težnja i dominacija osobnih interesa (Maleš 2012, 1). Obitelj bi trebala biti osnovni izvor pomoći starijim članovima kad je to potrebno. Odgovornost i obveza obitelji za pomoć starijim osobama treba promatrati kroz dokumente na nacionalnoj razini. Tako u Ustavu Republike Hrvatske piše da su djeca dužna brinuti se za svoje članove obitelji koji su stari i nemoćni (Ustav Republike Hrvatske, 64. čl.²). Viši stupanj kvalitete života je proporcionalan razini očuvanosti obiteljskih odnosa te odgovornosti odrasle djece za skrb prema roditeljima (Žganec idr. 2008, 175). Istraživanja za mjerenje kvalitete života razlikuju strukturalne i funkcionalne mjere socijalne podrške. Strukturalne mjere podrške ispituju mrežu socijalnih odnosa pojedinaca, a funkcionalne mjere ispituju služe li interpersonalni odnosi određenoj funkciji. Hewstone i Stroebe (2003, 486) govore o važnosti navedenih podrški za dobrobit svakog pojedinca i iste smatraju jednim od sigurnih indikatora u mjerenju kvalitete života, osobito one subjektivne naravi. Plavšić (2012, 28) u svom radu navodi da je manjak socijalnih aktivnosti važan prediktor osjećaja usamljenosti i da empirijski dokazi sugeriraju važnost socijalnih odnosa u starijoj dobi i da imati vrijeme za bliske prijatelje može biti jedna od važnih prednosti produljenja života. Usporedbom različitih studija pokazalo se da je

² U Ustavu Republike Hrvatske u članu 64. piše: „djeca su dužna brinuti se za stare i nemoćne roditelje“. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske>

proširena društvena mreža dobila na važnosti u posljednjih deset godina. Prijatelji i susjedi starijih osoba osiguravaju ne samo instrumentalnu pomoć, nego i emocionalnu podršku starijim osobama (Tesch-Roemer 2012, 10). Isti izvor navodi da je komparativna analiza o socijalnoj integraciji usmjerena na dva područja: društveni utjecaji na međugeneracijsku obiteljsku solidarnost s jedne strane i usamljenosti s druge strane. Konačno, moglo bi se postaviti pitanje ima li socijalna integracija sličan učinak na dobrobit i posebno na samoću starijih ljudi, kao indikatora kvalitete života. Pretpostavka je da će sredine s jakom socijalnom integracijom (na primjer suživot starijih i mlađih) imati nisku prevalenciju usamljenih pojedinaca i obrnuto. Podatci pokazuju da samo manjina starijih osoba (4 – 5 %) boravi zajedno s djecom u dobi od 25 godina ili iznad u zapadnim zemljama, dok je učestalost zajedničkog stanovanja već od 20 % u Bugarskoj i Rusiji, a više od 50 % u Gruziji. Provedeno epidemiološko istraživanje Tesch-Roemer (2012, 9) potvrđuje da socijalna integracija u starosti ima prekursore u ranijim fazama životne dobi. Društveni međuodnosi prate osobu u razvoju tijekom cijeloga života, naravno i kao društveno aktivnu osobu tijekom starenja što povećava kvalitetu života u starijoj dobi, a što je u skladu s teorijom konvoja. Iako ukupna veličina društvenog konvoja opada s dobi, broj bliskih osoba čini se da je stabilan do starosti. Istraživanje koje je provedeno u Indiji kod ženske populacije smještene u dom i koje su u svojim obiteljima pokazalo je da postoje značajne razlike u društvenim odnosima, stavovima prema starenju i međugeneracijskim odnosima. Zadovoljstvo životom se pokazalo značajno povezano sa socio-demografskim (dohodak i obrazovanje) i psihosocijalnim varijablama, kao što su fizička aktivnost, zadovoljstvo bavljenja slobodnim aktivnostima i društveni kontakti. Kod žena koje žive u obitelji uočena je velika socijalna podrška, čak u 96 % (Dubey idr. 2011, 96–97).

2.4. Oblikovanje identiteta i potreba cjeloživotnog razvoja kod starijih osoba

Diskurs o identitetu susreće se u sociološkim, antropološkim, filozofskim, psihološkim i povijesnim raspravama. Tomić i Knežević (2004, 116) navode da osobe u svakodnevnoj interakciji izvode određene radnje i ponašanja u skladu s vlastitom vanjštinom te se na taj način prilagođavaju zahtjevima specifičnih društvenih okruženja. Ovim individue osiguravaju vlastitu stalnost u vremenu i prostoru. Za Giddens (1991a) identitet nije nešto što se dobiva pri rođenju, nego nešto što se mora izgrađivati tijekom cijeloga života, odnosno identitet predstavlja projekt za koji se osoba mora izboriti. Prema tome, svaka osoba ulazi u stariju dob s već oblikovanim identitetom i potrebom očuvanja tog identiteta te daljnjeg

životnog razvoja. Istraživanje koje je proveo Penezić (2006b, 664) u cilju usporedbe ukupnog zadovoljstva među adolescentima i odraslim osobama prikazuje da su očekivanja bila da će kod skupine starijih ljudi rezultati pokazati manji interes za različite profesionalne uloge, jer je umirovljenjem prestalo njihovo značenje za pojedince. Suprotno očekivanju, pokazalo se da i kod starijih ljudi profesionalna uloga ima značajnu prediktivnu važnost za kvalitetu života. Autor tumači da stari ljudi žele biti produktivni zadržavanjem osobnog i profesionalnog identiteta. Ovo istraživanje potkrjepljuje Eriksonovu teoriju oblikovanja identiteta. Provedenim dvosmjernim analizama varijance pokazalo se da u općem zadovoljstvu nema razlike između ispitanika različite dobi, ali da sa starenjem dolazi do smanjenja zadovoljstva, kao i da su pojedinci koji su vrijeme u starosti proveli u gradskim sredinama manje zadovoljni (Penezić 2006b). Danas ne samo da je u porastu udio starijih ljudi u populaciji, nego su stariji ljudi sve zdraviji i aktivniji (Berk 2008, 8). To je dovelo u pitanje raniji stereotip o njima kao o osobama koje se gase i venu te potaknulo veliku promjenu u viđenju razvoja čovjeka. U usporedbi s drugim pristupima, pristup cjeloživotnog razvoja nudi kompleksniju sliku promjena i činitelja koji do njih dovode. Taj širi pogled sazdan je od četiri pretpostavke: razvoj je cjeloživotni proces, razvoj je višedimenzionalan i višesmjernan proces, razvoj je vrlo plastičan proces i razvoj je uklopljen u višestruke kontekste. Pristup cjeloživotnog razvoja smatra razvojne izazove i prilagodbe višedimenzionalnima te da su pod utjecajem složene mješavine bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja. Cjeloživotni razvoj također je i višesmjernan. Freund i Baltes u Psihologiji cjeloživotnog razvoja (Berk 2008, 10–12) navode da su dobitci osobito vidljivi u ranim razdobljima života, a gubitci na kraju životnoga puta. Ljudi svih uzrasta mogu unaprijediti postojeće vještine i razviti nove, uključujući i one kojima se nadoknađuje smanjeno funkcioniranje. Zato je sredina u kojoj osoba živi značajna varijabla za cjeloživotni razvoj i kvalitetu života. Lacković-Grgin i Čubela-Adorić (2006) navode da stariji ljudi moraju računati s tim da će biti onoliko stari koliko dopuste okolini da se prema njima ponaša kao da su stari, a također navode i da je okolina prema nizu istraživanja prilično revnosna u lijepljenju stereotipnih etiketa.

2.5. Odnos prostornog identiteta i kvalitete života starijih osoba

U sredinama gdje mlađi migriraju, gdje uglavnom ostaju živjeti stariji ljudi, sredinama gdje se rađa manje djece, smanjuju se resursi formalnih izvora skrbi, kao i onih neformalnih pružatelja njege za starije osobe (Podgorelec i Klempić 2007, 129). Prema Državnom zavodu

za statistiku procjena za ukupni broj starijih osoba u Gradu Zagrebu za 2015. godinu govori da ih je $N = 146.217$, od toga u dobi od 65 do 74 godine $N = 79.075$, od 75 do 84 godine $N = 52.402$ i onih od 85 i više godina $N = 14.740$. Procjena ukupnog broja starijih osoba u Krapinsko-zagorskoj županiji za 2015. godinu govori da ih je $N = 23.651$, od toga u dobi od 65 do 74 godine $N = 12.608$, od 75 do 84 godine $N = 8.871$ i onih od 85 i više godina $N = 2.172$. Procjena ukupnog broja starijih osoba u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji za 2015. godinu govori da ih je $N = 22.089$ od toga u dobi od 65 do 74 godine, $N = 11.602$ od 75 do 84 godine $N = 8.487$ i onih od 85 i više godina $N = 2.000$. Procjena ukupnog broja starijih osoba u Ličko-senjskoj županiji za 2015. godinu govori da ih je $N = 11.677$, od toga u dobi od 65 do 74 godine $N = 5.348$, od 75 do 84 godine $N = 5.185$ i onih od 85 i više godina $N = 1.144$ (DZS, 2016b, 7). Glavni je grad Republike Hrvatske Grad Zagreb s najvećom površinom koja se prostire na $641,32 \text{ km}^2$ (Puljak 2017, 10). Gustoća naseljenosti stanovnika na km^2 je među županijama jako različita. Prosječna gustoća naseljenosti u Republici Hrvatskoj je 74 stanovnika na km^2 Dok u Gradu Zagrebu iznosi 1.247 stanovnika na km^2 , Krapinsko-zagorskoj $205/\text{km}^2$, Bjelovarsko-bilogorskoj $43/\text{km}^2$, u Ličko-senjskoj županiji je samo devet stanovnika na km^2 . (Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020., 2017, 9). Prostor gdje osoba živi ima snažni utjecaj na oblikovanje različitih dimenzija interakcije s ostalim ljudima u zajednici, što prije svega uključuje blizinu okruženja (obitelj, prijatelji, susjedi). Definiranje pojma „zajednica i odnosi“ odnosi se na kvalitetu zajednice, obiteljski život i prijateljstva u društvu (Eger i Maridal 2015, 49).

Čini se da, pogotovo kada ljudi postanu stariji, društveni kontakti postaju sve važniji. Društveni kontakti prije svega obogaćuju život za sve dobne grupe jer je zabavno raditi stvari zajedno (Oswald idr. 2006, 7–24). Osim dostupnosti različitih lokalnih institucija i usluga kao što su trgovine, restorani, škole, crkve, formalne i neformalne zdravstvene usluge te infrastruktura i transport, rekreacijska područja mogućnost komuniciranja sa susjedima, pružanje pomoći i skrbi, čini se da su ključne značajke prirodnog okruženja i osjećaja sigurnosti i pripadnosti. Mnogi aspekti lokalne zajednice mogu biti presudni u procjeni kvalitete života starije osobe (Felixx idr. 2015, 335-345). Nameće se hipotetička teza zadovoljstva društvenim kontaktima jednakih mogućnosti na svim prostorima u Hrvatskoj. Neujednačena naseljenost i ukupan broj stanovnika starije dobi za kreatore politike za skrb starijih osoba trebao bi biti važan parametar. Pretpostavka je da nije moguće osigurati iste programe u cilju podizanja kvalitete života u Gradu Zagrebu gdje živi veliki broj starijih ljudi i gdje je veća gustoća naseljenosti, dostupniji resursi, u odnosu na Ličko-senjsku

županiju gdje je gustoća naseljenosti izrazito mala, a od sto stanovnika 24,51 je starije od 65 i više godina. Slaba socijalna podrška i mreža socijalnih kontakata mogu dovesti osobu u socijalnu izolaciju (Poredoš 2001, 2). Ovsenik i Lipič (2013, 294) upozoravaju da stručna i društvena javnost nije osjetljiva na isključenost starijih ljudi. Nadamo se da će i ovaj rad doprinijeti u procjeni pokazatelja kvalitete života starijih ljudi u različitim hrvatskim prostorima.

2.6. Odnos usamljenosti, socijalne isključenosti i kvalitete života starijih osoba

Sociolozi su istraživali različite načine na koje pojedinci i zajednice doživljavaju socijalnu isključenost koja može preuzeti prostornu dimenziju. U depriveligiranim zajednicama ljudi teže svladaju isključenost, što u znatnoj mjeri može utjecati na kvalitetu života (Giddens 2007b. 327). Cohen-Mansfield i suradnici su na temelju 38 pregledanih članaka iz časopisa dostupnih baza podataka (psycINFO, MEDLINE i Google Scholar) istraživali prediktore koji doprinose usamljenosti kod starijih osoba. Analizom dobivenih podataka identificirali su najčešće varijable koje su povezane s usamljenošću. Najčešće ponavljajuće varijable koje su povezane s usamljenošću su starija dob, neudate žene, samački život, niski prihodi, niža razina obrazovanja, slabi društveni odnosi, loša procjena zdravlja, niska samoprocjena funkcionalne sposobnosti i ženski spol (Cohen-Mansfield idr. 2016, 557). Istraživanje doživljavanja usamljenosti kod starijih ljudi na južnom području Izraela na uzorku od 817 ispitanika, od toga 417 korisnika dnevnih gerijatrijskih centara i 400 starijih ljudi koji žive u svojim kućama i ne koriste usluge trinaest centara gdje je provedeno istraživanje ukazali su na povezanost ne/korištenja usluga i usamljenosti. Naime, dobiveni rezultati putem vođenja intervjua i korištenja strukturiranog upitnika pokazali su da je kod obje promatrane skupine ispitanika prisutna umjerena do teška usamljenost (79,3 % i 76,3 %) i nema statistički značajne razlike koristi li osoba usluge centra ili ne koristi (Iecovich i Biderman 2012, 440). Kvalitativna studija koja je uključila 78 kineskih starijih ljudi u Chicagu u kineskoj četvrti istraživala je kulturno razumijevanje usamljenosti, s ciljem identifikacije faktora koji dovode do usamljenosti i učinaka usamljenosti na zdravlje i dobrobit starijih ljudi kineskog porijekla koji žive u Americi. Rezultati su ukazali da je glavni razlog usamljenosti odsustvo društvenih integracija. Identificirana su dva vodeća razloga. Prvi razlog je ograničenje i nedostatak društvenih kontakata, a drugi nedostatak sudjelovanja u društvenim aktivnostima. Koliko kulturološka različitost utječe na usamljenost, ilustrira ovo istraživanje. Naime, stariji ljudi su većinom opisali svoj svakodnevni život uspoređujući ga

sa životom u njihovoj matičnoj zemlji, Kini. Jedan od ispitanika navodi da se ljudi u Kini svako jutro mogu baviti *tai chi*-jem³ ili plesom, zatim odlaziti na piknik s prijateljima, dok u Chicagu ne mogu ići nigdje i nemaju što raditi (Dong idr. 2012, 156–7). Provedeno istraživanje u Tirani pokazuje svu kompleksnost procjene kvalitete života. U istraživanju je sudjelovalo 120 starijih osoba oba spola, u kojemu je samo 22,5 % starijih ljudi koji su pozitivno ocijenili kvalitetu života, dok su ostali svoju kvalitetu života ocijenili niskom. Slijede samo neke izjave koje su ispitanici navodili kao razloge zbog kojih su svoju kvalitetu života procijenili niskom. „Ne tražimo velike stvari, zadovoljni smo i s malim, ali sigurnim приходима s kojima bi mogli osigurati svakodnevne potrebe. Danas ni naša djeca nemaju vremena za nas, poštovanje je na niskoj razini, možete vidjeti manjak poštovanja prema starijima posvuda (u autobusu, trgovinama, u obitelji). Način na koji se danas mladi ponašaju i odnose prema starijima su potpuno drugačiji od onih kada smo mi bili u njihovim godinama. Mirovina koja nije dovoljna ni za plaćanje računa, nitko ne pita kako se osjećamo“ (Dhamo i Kocollai 2014, 386, 288). Rešetar Čulo (2014) navodi da su istraživanja pokazala da su starije osobe, više od ostale populacije, izložene povećanom riziku od socijalne isključenosti. Socijalnu isključenost starijih osoba smatra trajnom prikraćenošću za socijalna, materijalna, financijska, kulturna, zdravstvena i mnoga druga socijalna i društvena dobra. Prema istom izvoru isključenost starijih osoba iz društva posebno je izražena u istočnoeuropskim državama, a neki od čimbenika pojavnosti isključenosti starijih su: socijalna politika, okolišni uvjeti, zdravstveno stanje i očekivano trajanje života, te socijalne mreže, obiteljski status i obiteljske veze (Rešetar Čulo 2014, 124). Za udrugu umirovljenika Ludbreg (2018) isključenost osobe nije nužno posljedica osobnih nedostataka isključenih ili njihovih mana, ona je najčešće uzrokovana strukturalnim čimbenicima, točnije institucionaliziranim nejednakostima⁴. Isti izvor navodi da među socijalno isključenim osobama prednjače starije osobe osobito žene, osobe s posebnim potrebama te osobe koje

³ Tradicionalna kineska filozofija koju su Kinezi razvili prije više tisuća godina, ako kojom možemo otkriti srž istine u kompleksnim fenomenima. Tai chijem se postiže unutrašnja ravnoteža duha i tijela. Kod I chinga ili Knjige promjene, umjesto zapadnjačkog logičkog, mentalnog pristupa životu, tumači se kako je u nama pohranjena unutarnja istina na koju se možemo osloniti u rješavanju svih bitnih pitanja. <https://www.vecernji.hr/vijesti/hrvatska-je-idealna-za-practiciranje-tai-chija-1165824> - www.vecernji.hr

⁴ Osobu smatramo isključenom ako je siromašna, socijalno izolirana i bez posla. Isključenost osobe nije nužno posljedica osobnih nedostataka isključenih ili njihovih mana, ona je najčešće uzrokovana strukturalnim čimbenicima, točnije institucionaliziranim nejednakostima. Među socijalno isključenim osobama prednjače žene te osobe koje žive u ruralnim, seoskim sredinama. Valja napomenuti da je prosječna dob isključene osobe za 5 godina veća od dobi osobe koja je uključena. <http://www.udruga-umirovljenika-ludbreg.hr/projekti-udruga/integrativan-ludbreg/91-socijalna-iskljucenost.html>

žive u ruralnim, seoskim sredinama. Leutar, Štambuk i Rusac (2007) proveli su istraživanje s ciljem utvrđivanja kvalitete života starijih osoba s invaliditetom. U istraživanju je sudjelovalo 480 osoba s tjelesnim invaliditetom starijih od 65 godina. Rezultati istraživanja pokazali su da je stambena situacija starijih osoba s invaliditetom povoljna, da im je loša materijalna situacija i da je njihova socijalna mreža mala, a izvori formalne podrške nezadovoljavajući. Općeniti je zaključak da je kvaliteta života starijih osoba s invaliditetom lošija od kvalitete života mlađih osoba s invaliditetom. Kao važan prediktor kvalitete života pokazala se sredina u kojoj osoba živi (Leutar, Štambuk i Rusac 2007, 344). Često ljudi imaju diskriminatorski odnos prema starijim ljudima, osobito povezano s „kalendarskom“ starosti. Pečjak (2001, 87) govori o ageizmu kao pojavi karakterističnoj po nepriznavanju ili ograničavanju prava i društvene isključenosti starosnih skupina. Berger i Thompson (1994) prema (Pečjak 2001, 88) navode a starije osobe mlađe ljude podsjećaju na smrtnost i prolaznost, a kao rezultat potiskivanja misli o starosti i smrti, kao neminovnoj perspektivi, stariji ljudi razvijaju samoobranu na stereotipe. Za stereotipe se može reći da označavaju kruta, jednostavna i netočna uvjerenja o drugima (Aronson idr. 2005, 461). Dobne predrasude su često utemeljene na nedovoljnom znanju o starenju i iskustvu u odnosima sa starijim osobama. Rusac i suradnici su 2016. godine u Hrvatskoj proveli istraživanje o dostojanstvenom starenju. Metodom kvalitativne analize, utvrđeno je da na kvalitetu života djeluju sljedeći pokazatelji: ekonomska (ne)sigurnost, višestruka redukcija potreba i interesa, stambena nesigurnost, oskudna prehrana, prisilno smanjenje brige za vlastito zdravlje, redukcija putovanja i kulturnih potreba, rad u starijoj dobi, obiteljski odnosi koji pozitivno, odnosno negativno djeluju na kvalitetu života te narušeno zdravstveno stanje, odnosno smanjena ili potpuna nemogućnost kretanja i potpun ili djelomičan gubitak vida. Starije osobe suočene su s nesigurnim primanjima, niskim mirovinama, ograničenim pristupom zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti, kao i sa socijalnom isključenosti, što stvara međugeneracijsku napetost (Rusac idr. 2016, 103). U strateškom planu Ministarstva socijalne politike i mladih za razdoblje 2015. – 2017. u posebnom cilju 1.2. „Uspostava sustavnog pristupa u skrbi za starije osobe” navodi se razvijanje različitih oblika skrbi za starije osobe. Nastoji se uspostaviti ravnoteža između prava starijih na dostojanstvenu starost i trajnu društvenu uključenost te razvijanje različitih oblika socijalnih usluga koje pridonose uključivanju starijih osoba u život zajednice. Također se navodi da je sustav socijalne skrbi usmjeren na suzbijanje socijalne isključenosti te uspostavu kvalitetnijeg pružanja socijalnih usluga u instituciji i izvan institucije (2014, 9).

2.7. Bračno stanje i spol u mjerenju kvalitete života

Prema longitudinalnom istraživanju koje je provedeno u Amsterdamu kod 755 ispitanika u dobi od 64 do 92 godine, starije osobe koje žive same pokazale su veći rizik za usamljenost (Gierveld idr. 2009) Prema istom izvoru lošije zdravstveno stanje supružnika značajno je povezano s usamljenosti i zadovoljstvom, što negativno utječe na kvalitetu života. Prema istraživanju (Goldon 2017) ispitanici koji su u braku pokazali su bolju kvalitetu života i veće socijalne resurse, nego osobe koje nisu u braku. Oni koji žive sami pokazali su lošije zdravlje i lošije procijenili kvalitetu života. Istraživanje navodi da je u Hrvatskoj i većini zemalja Evropske unije broj starijih muškaraca koji žive u braku ili s partnericom skoro dvostruko veći od broja starijih žena koje žive s partnerom, što u konačnici govori da je broj udovica veći nego broj udovaca. Posljedica toga je više žena u samačkim kućanstvima, što kao zasebna varijabla može negativno utjecati na kvalitetu života. Broj starijih žena koje žive samački u Hrvatskoj gotovo je dvaput veći nego broj starijih muškaraca (Dobrotić 2007, 135). Da žene žive duže od muškaraca navodi i izvor Mayo Clinic (2005). Po istom izvoru, u najrazvijenijim zemljama, žene mogu očekivati da će nadživjeti muškarce za oko sedam godina, iako je u nekim državama, poput Rusije, ta razlika i veća. Gotovo polovina svih žena u dobi od 65 i više godina u SAD su udovice. Postojanje spolnih razlika dokazuje istraživanje provedeno kod 1348 starijih osoba oba spola prosječne dobi 79 godina gdje dobiveni rezultati upućuju da starije osobe ženskog spola imaju više ograničenja u instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života. Također, dokazana je veća prevalencija funkcionalnih problema, smanjena kvaliteta života i duži životni vijek. Nadalje, istraživanjem se pokazalo da je ženama potrebna veća pomoć drugih osoba i formalnih usluga zdravstvenog sustava (Murtagh i Hubert 2004, 1410). U prilog spolnim razlikama govori istraživanje koje je provedeno među starijim muškarcima i ženama između 75 i 84 godina iz četiri europske zemlje i Izraela (Zunzunegui idr. 2007, 198–205). Istraživanje na slučajnom uzorku kod 987 starijih izraelskih stanovnika od 70 i više godina upućuje da su u gotovo svakoj spolnoj usporedbi prema starosnoj dobi pokazatelji fizičkog i psihosocijalnog blagostanja niži kod žena, a kod oba spola uočena su veća ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života (Carmel i Bernstein 2003, 129).

2.8. Seksualnost u mjerenju kvalitete života

Za seksualnost se navodi da je jedan od pokazatelja kvalitete života i načina učvršćivanja intimnih partnerskih odnosa koje vrijede i za starije osobe (Dijanić i Mamula 2007, 9). Starenjem se događaju fiziološke promjene, koje zajedno utječu na seksualno funkcioniranje u starijih osoba. U muškaraca, postoji relativno stabilan status spolnih hormona do petog desetljeća, nakon čega dolazi do smanjenja testosterona do 2 % godišnje (Tekkalaki 2018, 431).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji seksualno zdravlje nije samo odsutnost bolesti, disfunkcije ili slabosti, za održivost seksualnog zdravlja seksualna prava svih osoba moraju biti zaštićena i poštovana (WHO).⁵ Prihvatanje starosti i seksualnosti u starosti su dva problema s kojima se starije osobe susreću (Lončar i Lončar, 2017, 255). Zanemarivanje seksualnih potreba starijih osoba zapravo je zanemarivanje važnog aspekta zdravlja kod ovog važnog dijela populacije (Dijanić i Mamula, 2007, 9). Dva iznimno povezana pojma koja međusobno utječu jedan na drugi jesu zdravlje i seksualnost (Lončar i Lončar, 2017, 259). U literaturi, kada se spominje seksualnost ljudi starije dobi, spominje se osuda kao neki oblik moralne poruke koja jednim dijelom dolazi od samih starijih osoba, a drugim dijelom od sredine u kojoj još uvijek vladaju mitovi i stereotipi o seksualnosti u starosti (Milosavljević 2015b, 100). Kronološka dob ne predstavlja zapreku za seksualnost, a samo zanimanje za seksualnosti starije osobe, kod okoline izaziva osudu i pripisivanja nečega patološkog (Petrović 2004, 111). Kao problemi koje su vezani za seksualnost u starijoj dobi navode se različiti zdravstveni problemi, depresija, slabija funkcionalna sposobnost, smrt partnera i sl. (Gurvinder idr. 2011, 302). Provedenim istraživanjem u Maleziji koje je imalo za cilj istražiti utjecaj spola na seksualne probleme i percepciju među urbanim starijim osobama oba spola od 60 i više godina kod 160 stanovnika Kuala Lumpura, utvrđeno je da su žene pokazale veće probleme. Neki dominirajući problemi koji se navode u istraživanju su pomanjkanje interesa (72,5 %), neugodnost kod zanimanja za seks (34,8 %) i izostajanje orgazma (55,1 %). Autori su dokazali da spol ima negativne korelacije sa seksualnosti u starijoj dobi (Minhat idr. 2019, 240–242). Čini se da izostaje stručna komunikacija o čimbenicima koji utječu na seksualnosti u starosti i zajedničkim seksualnim problemima starijih osoba.

⁵ WHO (World Health Organization) Sexual and reproductive health: Defining sexual health.

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en

2. 9. Odnos kronološke dobi i kvalitete života

U dostupnoj literaturi i istraživanjima dob je jedan od sociodemografskih pokazatelja koji se koristi za procjenu utjecaja različitih čimbenika na kvalitetu života. Rezultati istraživanja ukazuju da dob može i ne mora imati statistički značajni utjecaj na procjenu kvalitete života starih ljudi. Jedno od istraživanja u Krapinsko-zagorskoj županiji utvrdilo je da se ocjena kvalitete života ne razlikuje s obzirom na dob ispitanika osoba starije dobi od 65 i više godina (Stiplošek 2017, 31-32). U istraživanju (Lučev i Tadinac 2010b, 283) se dob spominje kao statistički značajni pokazatelj kvalitete života i negativno korelira sa zadovoljstvom života općenito. Zbog neizbježnih fizioloških procesa starenja, posljedica kronične bolesti, pada funkcionalne sposobnosti i nastanka degenerativnih promjena s rastom dobi povećava se broj starije populacije kojima je potrebna pomoć druge osobe (Železnik idr. 2011, 10). Dob se pokazuje kao značajan prediktor općeg zadovoljstva životom samo kod skupine osoba starije životne dobi, navodi Penezić (2006, 660) u svom istraživanju. Na temelju istraživanja neki autori zaključuju da s dobi zadovoljstvo životom slabi, a takvu tvrdnju pokazalo je i istraživanje provedeno u Hrvatskoj na 878 sudionika u dobi od 16 do 97 godina (Matrinis 2005, 10). Neka istraživanja potvrđuju da fizička aktivnost slabi s dobi. Longitudinalna studija provedena je u Irskoj s ciljem utvrđivanja postojanja korelacije fizičke neaktivnosti u populacijskom uzorku od 4. 892 odraslih osoba u dobi od 60. i više godina. Istraživanje je ukazalo na postojanje značajnih razlika u razinama fizičke aktivnosti u svim dobnim skupinama (60 – 64, 65 – 69, 70 – 74, 75 i više godina). Podatci su ukazali da je 38 % odraslih osoba u dobi od 60 do 64 godine pokazalo fizičku aktivnost prema smjernicama, a samo 18 % starijih osoba u dobi od 75 i više godina. Zanimljivo je da se kod starijih žena koje žive same i onih koje žive na ruralnom prostoru pokazala statistički značajna povezanost neaktivnosti s umirovljenjem, mentalnim zdravljem i bolešću. Dok se kod osoba iz urbanog prostora niska razina fizičke aktivnosti značajno razlikovala po spolu, muškarci su pokazali nisku razinu fizičke aktivnosti ($p < 05$). (Murtagh idr. 2015. 4).

2. 10. Odnos zdravlja i kvalitete života

U literaturi se često navodi kako je zdravlje pojedinca i zdravlje obitelji nedjeljiva cjelina u procjeni kvalitete života. Za Zunu i suradnike primarni cilj pojedinca i obitelji je postizanje dobre kvalitete života. Neka očekivanja društva postavljaju odrednice dobre kvalitete života, međutim zdravlje obitelji se procjenjuje kroz zdravlje članova unutar obitelji, sigurnost

životnog prostora, stabilnost prihoda, zajedničko druženje u slobodno vrijeme, učenje, resursi podrške u zajednici i mogućnost prakticiranja dobrih socijalnih odnosa u zajednici (Zuna idr. 2014, 162). Percepcija zdravlja je vrijedan i važan pokazatelj kvalitete života i zdravstvenog stanja starije osobe (Popek i Rodin 2018, 128). Aktivnosti u svakodnevnom životu koje starije osobe izvode ili misle da mogu izvoditi bez pomoći druge osobe važan su pokazatelj funkcionalnog i zdravstvenog stanja. Povezanost zdravlja i percepcije marginaliziranosti pokazali su rezultati istraživanja kojima je ustanovljeno da su pojedinci koji percipiraju veću razinu marginalizacije izražavali nižu razinu samopoštovanja te da imaju više pokazatelja lošijeg zdravlja (Lehmiller 2012, 453). Provedeno istraživanje u Tirani među 120 osoba oba spola u dobi od 65 i više godina s prosječnom dobi od 74 godine pokazalo je da je samo 22,5 % starijih ljudi koji su sudjelovali u istraživanju pozitivno ocijenilo kvalitetu života, dok ih je 50 % kvalitetu života ocijenilo negativno. Najvažniji pokazatelj kvalitete života za ispitanike je dobro zdravlje, zatim financijska sigurnost, bolje mirovine, dobar odnos s članovima obitelji i društvom općenito (Dhamo i Kocollari 2014, 386, 288). Značajno negativnu povezanost samoprocjene zdravlja i usamljenosti pokazalo je istraživanje na 300 odraslih osoba prigodnog uzorka do 25-75 godina oba spola različitih sociodemografskih i ocioekonomskih obilježja koji žive na području Dalmacije, Slavonije, sjeverne Hrvatske, Zagreba s okolicom, Istre, Primorja i Gorskoga Kotara. U odnosu na mlađe ispitanike stariji odrasli ispitanici su značajno lošije procijenjivali svoje zdravlje (Tucak Junaković idr. 2013, 16).

Za starost se veže multiborbiditet⁶, a podatci o prevalenciji multimorbiditeta široko variraju među istraživanjima te kod starije populacije iznose otprilike od 55 % do 98 %, navodi Duraković i suradnici (2007) što se može povezati s procjenom zdravlja. U istraživanju među institucionalno smještenim starijim osobama pokazalo se da na samoprocjenu zdravlja nisu utjecale kronične bolesti, a čini se i da starije osobe prihvaćaju bolest samo ako ih bolest ne ograničava u svakodnevnim aktivnostima (Roso 2016, 274). Takkinen i Ruoppila istraživanjem su utvrdili da na smisao života starije osobe utječu mnogi faktori od kojih dominiraju dobro zdravlje, fizička aktivnost, društveni odnosi i bavljenje hobbijem. Studija je istraživala odnose između značenja života i kognitivnog funkcioniranja, pokazala je da osobe s boljim kognitivnim funkcioniranjem su održale društvene aktivnosti koje su im pomogle u osjećaju smisla života nakon umirovljenja (Takkinen i Ruoppila, 2001, 64).

⁶ Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO, engl. World health organization-WHO), ultimorbiditet postoji kada su prisutne dvije ili više kroničnih bolesti u jednog bolesnika.

2. 11. Odnos stereotipa o starenju, starim ljudima i kvalitete života

U svijetu u kojemu živimo stariji ljudi su često zlostavljani i prema njima vladaju stereotipi, dok se suprotno tome mladost cijeni (Berger 2017, 183).

Često za starije ljude vladaju različiti stereotipi i pripisuju im usamljenost, depresivnost senilnost, krutost i slično (Milosavljević 2010a, 84), a osobito u društvu vlada socijalni pritisak i izražen stereotip vezan za seksualnost i emocionalnost u starosti (Rašević i Mijatović 2004, 492). Još jedno slaganje o postojanju snažnih društvenih stereotipa, postojanju predrasuda o spolnosti i nepostojanju zanimanja za spolni odnos kod starijih ljudi potvrđuje se u radu Dijanić i Mamule (2007, 7). Da su starije osobe na margini, navodi se u istraživanju proučavanja odnosa društva, tijela i tjelesnih promjena kod starijih ljudi, gdje autorica navodi da pored rasizma i seksizma vlada još uvijek snažno postojanje ageizma, odnosno negativnih mitova i stereotipnog ponašanja prema starenju i starim ljudima (Milosavljević 2010a, 47). Istraživanje među 154 ispitanika koji žive u južnoj Kaliforniji ukazuje na još uvijek postojeći društveni problem i podijeljeni odnos prema starenju i starijim osobama. Mlađe osobe od 40 godina pokazale su najviše straha od starenja. Žene su pokazale nešto veći strah od starenja nego muškarci, dok su ispitanici u 50-im i 60-im godinama pokazali najnižu razinu straha od starenja (Berger 2017, 189–191).

2.12. Ocjena dosadašnjih istraživanja iz područja procjene kvalitete života

Cilj istraživanja među 5.300 starijih osoba u dobi od 65 i više godina oba spola na prostoru Švicarske, francuskog govornog područja, bio je istražiti odnose definirajućih područja kvalitete života, socioekonomskog, sociodemografskog i zdravstvenog stanja ispitanika. Rezultatima istraživanja su identificirane najvažnije domene kvalitete života kod ispitanice starije populacije, odnosno sigurnost, zdravlje, mobilnost, autonomija, bliskost, materijalni resursi, poštovanje te društveni i kulturni život. Pokazalo se da su stariji ljudi više usredotočeni na resurse koje imaju, nego na resurse koji im nedostaju. Također su uočene značajne signifikantnosti među domenama života sa socioekonomskim i demografskim pokazateljima te zdravstvenim stanjem (Henchoz idr. 2015, 984).

Istraživanjem (Dobrotić idr. 2007, 10–165) koje je provedeno u Hrvatskoj na uzorku od 1661 starije osobe s ciljem procjene kvalitete života gdje su bile moguće i regionalne usporedbe, dobiveni su sljedeći rezultati: osjećaj potpune isključenosti prisutan je u različitoj mjeri među starijom populacijom u pojedinim županijama. Odskaču tri županije: Virovitičko-

podravska, Karlovačka i Brodsko-posavska u kojima je broj starijih osoba koje imaju osjećaj potpune društvene isključenosti veći od 1/4. U većini županija udio starije populacije koja se smatra posve društveno isključenom manji je od 10 %. Najmanje starijih osoba koje se osjećaju potpuno isključenim žive u Gradu Zagrebu i Krapinsko-zagorskoj županiji te jadranskim županijama (Splitsko-dalmatinskoj, Dubrovačko-neretvanskoj i Istarskoj). Prema istom istraživanju, zadovoljstvo životom i sreća starijih osoba u Hrvatskoj ovise o spolu, mjesečnim prihodima, strukturi kućanstva, razini urbanizacije i geografskom području u kojem osoba živi. Tako je vidljivo da stariji muškarci iskazuju višu razinu zadovoljstva životom i sretniji su nego starije žene. Ovo je povezano s dužim prosječnim životnim vijekom žena, njihovim materijalnim i zdravstvenim statusom i njihovim životnim aranžmanima (češće žive samački i bez partnera). Isto tako, starije osobe koje žive u urbanim područjima sretnije su i zadovoljnije životom. U prosjeku, kućanstva starijih osoba iz Grada Zagreba i urbanih naselja u odnosu na ruralna seoska kućanstva imaju bolju infrastrukturu, bolje stambene uvjete, viša mjesečna primanja te bolji pristup zdravstvenim uslugama (Dobrotić idr. 2007, 135).

Istraživanje kvalitete života kod 60 starijih osoba u ruralnom hrvatskom prostoru na otoku Mljetu koje su provele Ilić i Županić (2013, 40–43) pokazalo je da četvrtina ispitanika žive sami, materijalna situacija im je loša, imaju potrebu za dodatnim uslugama zdravstvene skrbi te pružanjem pomoći i njege u kući, više od pola ispitanika nema zadovoljavajući stupanj pokretljivosti i pola ispitanika ima probleme eliminacije i inkontinencije. Unatoč lošoj procjeni pojedinih pokazatelja kvalitete života, više od pola ispitanika izjavili su da su ipak zadovoljni svojim životom.

Istraživanje provedeno u Istarskoj županiji 2004. godine koje je bilo usmjereno na provjeru stanja, potreba i kvalitete života među 452 osobe starije od 60 godina pokazalo je, između ostalog, da je zadovoljstvo organizacijom života najveće kod starijih osoba koje žive u manjim gradovima i mjestima. Po dobivenim rezultatima čini se da upravo mjesta i manji gradovi u Istri u odnosu na veći grad funkcioniraju po mjeri starijeg čovjeka (Plavšić i Ambrosi-Randić 2005, 75).

U Švedskoj je provedeno istraživanje kod 710 ispitanika u dobi od 75 do 101 godine. Iz urbanog prostora bilo je 587 (82,7 %) ispitanika i 123 (17,3 %) iz ruralnog prostora. Ispitanika muškog spola bilo je 324 (45,6 %) i 386 (54,3 %) su bile žene. Cilj navedenog

istraživanje je bio utvrditi kvalitetu života starije populacije te istražiti postoje li značajne razlike u kvaliteti života među spolovima i između urbanog i ruralnog područja. Hipoteza istraživanja bila je da će kvaliteta života starijih osoba biti bolje procijenjena u ruralnim područjima Švedske, nasuprot urbanom. Razlog postavljanja navedene hipoteze autor istraživanja opravdava pretpostavkom i vjerovanjem da je kvaliteta života viša u ruralnom prostoru zbog toga što postoji bolja interakcija među ljudima i češća zajednička druženja. Autor navodi da neke prethodne studije upućuju na to da postoji veći društveni krug kod ljudi koji žive u ruralnim područjima. Istraživanje je provedeno pomoću podataka ankete iz SWEOLD panel studije 2011. godine. Nasuprot očekivanju, rezultati su pokazali da nema bitnih razlika u kvaliteti života, ovisno o tome žive li starije osobe u urbanim ili ruralnim područjima Švedske. Jednako tako očekivanja su bila da će istraživanje potvrditi kako starije osobe muškog spola pokazuju višu kvalitetu života jer imaju veću vjerojatnost da će se o njima brinuti partnerice, zbog činjenice da žene duže žive, ali i prema tradicionalnom shvaćaju socijalnih uloga prema kojoj su žene više zadužene za njegu članova obitelji. Rezultati su pokazali da je hipoteza odbijena jer se nije pokazala značajna razlika u kvaliteti života između starijih stanovnika koji žive u seoskom i onih koji žive u urbanom prostoru Švedske, kao ni razlika u kvaliteti života među spolovima. Kao najvjerojatniji razlog nepostojanja statistički značajnih razlika između kvalitete života starijih ljudi urbane i ruralne sredine, autor tumači dobrim socijalnim ustrojem države s jednakim standardima skrbi na cijelom prostoru Švedske (Werling, 2016).

U Brazilu je provedeno istraživanje s ciljem uspoređivanja rezultata kvalitete života brazilske starije populacije prema mjestu prebivališta (urbanim i ruralnim područjima). Istraživanje je provedeno kod 2.142 starije osobe iz urbanog područja i 850 starijih osoba iz ruralnog područja. Starije osobe iz ruralnih područja imale su više ocjene kvalitete života nego stanovnici iz urbanih sredina, i to u većini domena i aspekata. Održavanje bliskih odnosa više je u ruralnom prostoru u odnosu na urbani prostor. Takve rezultate autori potkrepljuju činjenicom da je u ruralnim područjima još uvijek očuvana tendencija prakticiranja međuljudskih odnosa i njegovanja bliskih odnosa s osobama u srodstvu. Tu bliskost navode kao dobar resurs i potporu u donošenju odluka starijih osoba, osobito u stanjima kada je narušena njihova funkcionalna sposobnost. Nasuprot tome, najviši postotak starijih osoba u urbanim sredinama koje imaju djecu ne žive u istom kućanstvu i nemaju blizak emocionalni odnos s osobama u srodstvu. Uspoređujući skupine pokazatelja kvalitete života iz WHOQOL-BREF upitnika, pokazalo se da postoji razlika u istraživanim

skupinama u većini pokazatelja kvalitete života. Te razlike su na primjer u fizičkoj aktivnosti koja je češća kod ljudi u ruralnim područjima. U ruralnim područjima udaljenost zdravstvenih centara pokazala se statistički značajnim pokazateljem, što zajedno s nedostatkom prijevoza može ometati pristup zdravstvenim uslugama. Istraživanje je pokazalo višu povezanost broja komorbiditeta i zdravstvenih komplikacija u osoba iz urbanih područja. Takav se rezultat može tumačiti s višim udjelom starijih osoba u ruralnim sredinama. Unatoč tome, rana identifikacija zdravstvenih problema ipak može pridonijeti specifičnim intervencijama za promicanje zdravlja, prevenciju bolesti, ranu dijagnozu i liječenje, kao i promicanje te održavanje kvalitete života, navodi se u zaključku (Santos Tavares idr. 2014, 401–413).

U Republici Srbiji su Urošević i suradnici (2015) proveli istraživanje s ciljem procjene kvalitete života mjerenjem zdravstvenih pokazatelja kod starijih osoba u urbanoj i ruralnoj sredini. Studijom je obuhvaćeno 100 starih osoba od 65 i više godina. Istraživanje je provedeno korištenjem sociodemografskog upitnika i srpske verzije standardiziranog europskog upitnika Euro-QoL (EQ-5D-3L) kao bazičnog indeksa za procjenu kvalitete života. U strukturi ispitanika prema ostvarivanju socijalnih kontakata, suživota ispitanika sa članovima obitelji i procjeni zdravstvenog stanja u odnosu na mjesto stanovanja, utvrđena je statistički značajna razlika. Nađena je značajna razlika u pokazatelju usamljenosti koja je dominirala kod starijih ljudi u ruralnom prostoru. Kod ispitanika koji žive u ruralnoj sredini utvrđena je statistički značajna pozitivna povezanost između usamljenosti i godina života, materijalnog stanja, bračnog statusa, života sa članovima obitelji i ostvarivanja socijalnih kontakata, dok je negativna povezanost uočena između usamljenosti i obrazovanja. Autori na temelju dobivenih rezultata ove studije zaključuju da su usamljenije starije osobe u ruralnoj sredini. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da se percepcija anksioznosti/depresije kod starijih osoba u ruralnoj sredini povećava porastom godina starosti, gubitkom supružnika, životom bez ostalih članova obitelji, neostvarivanjem socijalnih kontakata i nižim stupnjem obrazovanja (Urošević idr. 2015, 968–974).

U Japanu je grupa autora provela istraživanje s ciljem procjene utjecaja socijalnih i profesionalnih aktivnosti na kvalitetu života, uspoređujući starije osobe koje žive u ruralnom i urbanom prostoru. Istraživanje je provedeno kod ukupno 830 ispitanika prosječne dobi 69,8 godina (iz urbanog područja 550 i iz ruralnog području 280 starijih osoba). Za mjerenje kvalitete života korišteni su upitnici WHOQOL-BREF i WHOQOL-OLD. Varijable su

uspoređene s t-testom, hi-kvadrat testom i ManneWhitney U testom. Za provjeru povezanosti kvalitete života s profesionalnom i socijalnom aktivnosti korištena je višestruka regresijska analiza. Navedeno istraživanje je postiglo svrhu provjere razlika u kvaliteti života te utjecaja profesionalne i socijalne aktivnosti na kvalitetu života između ruralnih i urbanih japanskih starijih osoba. Ispitanici iz urbanog prostora procijenili su kvalitetu života boljom od onih koji žive u ruralnom prostoru. Prema varijablama iz upitnika WHOQOL-BREF, za starije ljude iz urbane sredine čitanje i pisanje, fizičke i radne aktivnosti navedene su kao važni pokazatelji kvalitete života, dok se za ruralne sudionike fizička aktivnost pokazala kao važan pokazatelj njihove kvalitete života. Razlika se pokazala i u korištenju slobodnog vremena kao važnog pokazatelja kvalitete života. Autori ovakve rezultate objašnjavaju s različitostima u prostornim sadržajima za korištenje slobodnog vremena. Mogućnosti zabave u ruralnim prostorima su ograničene u usporedbi s urbanim. Prisutnost širokog spektra izbora među velikim tvrtkama pokazala se kao važna mogućnost za očuvanje profesionalne i radne aktivnosti i zadovoljstva životom osoba iz urbanog prostora. Očuvanje radne aktivnosti navode bitnom u procjeni kvalitete života i osobe iz ruralnog prostora čije se mogućnosti odnose na pretežno poljoprivredni rad. U obje skupine fizička aktivnost bila je pozitivno povezana s kvalitetom života. Autori zaključuju da, unatoč tome što su učinjeni znatni napori japanske politike kako bi se smanjile ruralno/urbane razlike, rezultati studije sugeriraju da još ima prostora za dodatne napore s ciljem izgradnje univerzalnih mogućnosti da stariji čovjeka živi kvalitetno bez obzira na prostor u kojem živi (Yukari i dr. 2012, 51–56).

Baernholdt i suradnici (2012, 339–347) proveli su istraživanje o povezanosti između tri dimenzije kvalitete života (zdravstveni sustav, socijalno funkcioniranje i emocionalno blagostanje) s potrebama i zdravstvenim ponašanjem u ruralnim susjednim i urbanim zajednicama za osobe stare 65 i više godina. Kriterij određivanja prostora bio je definiran prema Ministarstvu poljoprivrede Sjedinjenih Američkih Država. Mjerenje je uključivalo sljedeće varijable: spol, dob i rasu/nacionalnost, broj članova obitelji i bračni status, materijalne resurse, aktivnosti dnevnog života, mentalni status i zdravstveno ponašanje. Na primjer, socijalno funkcioniranje mjereno je brojem bliskih prijatelja i učestalosti odlaska u crkvu ili neki drugi vjerski objekt. Distribucija odgovora bila je: 1. za jednog bliskog prijatelja; 2. za dvoje bliskih prijatelja; 3. za troje bliskih prijatelja; 4. za četvero ili više bliskih prijatelja. Za prisutnost crkvi / drugom vjerskom objektu ponuđene su vrijednosti: 0. nikada; 1. do jednom godišnje; 2. do dva puta godišnje; 3. za tri ili više puta godišnje. Rezultati za socijalno funkcioniranje kretali su se od 0 do 7. Viši rezultati su predstavljali

bolje socijalno funkcioniranje, a niži lošije. Multipla regresijska analiza studije dokazala je da je socijalno funkcioniranje niže kod starijih osoba koje žive u ruralnim područjima i da su problemi s pamćenjem povezani s nižim socijalnim funkcioniranjem. U svim procjenjivanim dimenzijama kvalitete života potvrđene su razlike na temelju rase. Te razlike su između bijelaca i dvije etničke skupine (Hispanci i Afroamerikanci). Dobiveni rezultati govore da je visoko obrazovanje povezano s boljim funkcioniranjem u društvu. Unatoč očekivanju nije nađena korelacija broja kroničnih stanja i bilo koje druge dimenzije kvalitete života. Starije osobe iz ruralnih prostora imale su veći broj kroničnih bolesti, slabiju funkcionalnu sposobnost, više mentalnih problema i niže socijalno funkcioniranje od svojih sunarodnjaka iz urbanih prostora. Autori, na temelju dobivenih rezultata, za starije osobe iz ruralnih prostora navode potrebu kreiranja smislenih socijalnih programa za održavanje tjelesnog i duševnog zdravlja, jačanja socijalnih odnosa i podrške te povećanja sudjelovanja starije populacije u lokalnoj zajednici. Veća iskoristivost zdravstvene skrbi povezana je s boljim socijalnim funkcioniranjem. Korištenje zdravstvene zaštite se također ne razlikuje u istraživanim ruralnim, susjednim i gradskim skupinama. Unatoč različitostima nekih pokazatelja, starije osobe u ovoj studiji pokazale su visoku razinu kvalitete života. Ipak, pružatelji zdravstvene skrbi i kreatori politike trebali bi razmotriti rasu i etničku pripadnost prilikom planiranja i provođenja mjera u cilju povećanja kvalitete života kod starijih osoba, navode autori u svom zaključku (Baernholdt idr. 2012).

Ciljevi istraživanja (2011) provedenog u Indiji temeljili su se na usporedbi kvalitete života između ruralnih i urbanih starijih stanovnika i proučavanju postoji li povezanost socio-demografskih čimbenika i kvalitete života starijih ljudi. Istraživanje je provedeno na 800 stanovnika starije dobi metodom slučajnog odabira i to iz urbanih (n = 400) i ruralnih (n = 400) područja, korištenjem WHO-QOL BREF upitnika za procjenu kvalitete života. Rezultati istraživanja su pokazali da starije osobe koje žive u urbanoj sirotinjskoj četvrti imaju znatno nižu razinu kvalitete života u fizičkoj i psihološkoj domeni, nego li ruralna starija populacija. Ruralno starije stanovništvo pokazalo je statistički značajno nižu razinu kvalitete života u domeni društvenih odnosa, fizičke sigurnosti i sigurnosti stanovanja, okoliša, financijskih sredstva, zdravlja i dostupnosti socijalne skrbi. Bolje društvene odnose starijih osoba iz urbanog područja autori tumače mogućnostima aktivnog rada u različitim udruženjima za starije osobe, koja ne postoje u ruralnom prostoru. Da obrazovanje utječe na kvalitetu života, pokazalo je i ovo istraživanje. U ruralnom području, pismeni stariji ljudi imaju bolju kvalitetu života u odnosu na nepismene. Statistički značajna razlika pokazala se

i u domeni načina života. Naime, kvaliteta života veća je kod one starije populacije koja živi s partnerom u odnosu na samce. Zaključno, rezultati su pokazali da na ukupnu kvalitetu života utječu sljedeći pokazatelji: funkcionalna sposobnost, zdrav aktivan stil života, dobar smještaj, društveni odnosi unutar socijalne zajednice i ekonomski status. U preporukama za kvalitetu života starije populacije, Mudey i suradnici naglašavaju važnost preventivnih mjera koje bi trebale započeti u tridesetim godinama života jer je mentalno i fizičko zdravlje ljudi srednje dobi osnovni preduvjet za aktivno zdravo starenje (Mudey idr. 2011, 89–92).

Kada rezimiramo navedena istraživanja o kvaliteti života starijih osoba može se zaključiti da postoje značajne prostorne razlike različitih pokazatelja kvalitete u svim navedenim državama svijeta. Također, iz nekoliko je istraživanja razvidno da i u Republici Hrvatskoj postoje značajne razlike u kvaliteti života starije populacije među regijama. Međutim, nisu poznata, odnosno nisu dostupna istraživanja kojima su uspoređivani pokazatelji različitih domena (navedenih u mjernim instrumentima ovog rada) kvalitete života starijih osoba iz hrvatskog urbanog i ruralnog prostora. Kako je jedini ispravni pristup kod planiranja i provođenja različitih mjera povećanja kvalitete života starijih osoba, pristup utemeljen na istraživanju, nameće se opravdanost takvog istraživanja. Prema tome, snaga uspješnosti mjera kvalitete života starijih osoba može se sagledavati u provođenju od lokalnog prema regionalnom, a zatim i do nacionalnog. Zato istraživanje usporedbe pokazatelja kvalitete života urbanog i ruralnog hrvatskog prostora može biti važan mjerni elementi koji bi znanstveno doprinio socijalnoj i zdravstvenoj politici u kreiranju skrbi starije hrvatske populacije.

3 ISTRAŽIVAČKI DIO

3.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije

Osnovni cilj ove doktorske disertacije je istraživanjem ustanoviti kvalitetu života kod starije hrvatske populacije i istražiti postoje li razlike u pokazateljima kvalitete života, ovisno o tome žive li osobe u ruralnom ili urbanom prostoru. Okolina je od velike važnosti i u velikoj mjeri utječe na kvalitetu života starijih osoba. Važeća nacionalna strategija i dokumenti Lisabonske konferencije (2017) nameću ključnu ulogu društva u kreiranju i provođenju različitih programa, socijalne i zdravstvene aktivnosti za zaštitu te unaprjeđivanje zdravlja starijih ljudi u lokalnoj zajednici. U cilju kreiranja politike na lokalnoj razini primarno je istražiti osobitosti starijeg stanovništva, njihove kvalitete života i njihovih potreba uz uvažavanje prostorne/geografske različitosti.

Istraživanje se provodi da bi se dobili odgovori na sljedeća **istraživačka pitanja**:

1. Kako starije osobe procjenjuju kvalitetu života i postoje li razlike u ukupnim pokazateljima onih koji žive u urbanom prostoru i onih koji žive u ruralnim regionalnim prostorima?

2. Postoje li razlike u glavnim zavisnim varijablama istraživanja i socioekonomskim promatranim karakteristikama, ovisno o tome žive li stariji ljudi u urbanom ili ruralnom hrvatskom prostoru?
3. Postoje li razlike u promatranim skupinama u procjeni kvalitete života s obzirom na demografske pokazatelje (spol, obrazovanje, bračni status)?
4. Postoje li razlike u važnosti domena koje determiniraju kvalitetu života u različitim promatranim dobnim skupinama i doprinose li ispitane sociodemografske varijable objašnjavaanju razlika u kvaliteti života?
5. Postoje li razlike kod promatranih skupina (ruralno-urbana) u povezanosti indeksa aktivnosti u svakodnevnom životu i zadovoljstva životom s kvalitetom života?

3. 2 Istraživačke hipoteze, provjera hipoteza i istraživačka pitanja

Na temelju do sada poznatih rezultata istraživanja i teorijskih podloga, moguće je postaviti nekoliko hipoteza za postavljene probleme.

H1: Postoje razlike u pojedinim pokazateljima kvalitete života kod starijih ljudi, ovisno o tome živi li osoba u urbanoj ili ruralnoj sredini.

H2: Postoji razlika u kvaliteti života kod starijih ljudi koji žive u ruralnom i urbanom prostoru s obzirom na promatrane sociodemografske varijable, uključujući usporedbe i prema kronološkoj dobi ispitanika.

H3: Postoji razlika u kvaliteti života kod starijih ljudi koji žive u ruralnom i urbanom prostoru s obzirom na promatrane socioekonomske varijable.

H4: Postoji statistički značajna povezanost između pojedinih varijabli kvalitete života i indeksa aktivnosti u svakodnevnom životu i zadovoljstva životom.

Hoće li testiranje biti provedeno putem parametrijskih ili neparametrijskih testova, utvrdit će se testiranjem normalnosti distribucije varijabli u istraživanju. Testovi putem kojih će biti testirana normalnost distribucije su Kolmogorov-Smirnov test i test Shapiro-Wilk. Ako se ustvrdi odstupanje promatranih varijabli od normalne (Gaussove) distribucije, testiranje će biti provedeno pomoću neparametrijskih inačica testova, odnosno Hi-kvadrat testom ili Fisherovim egzaktnim testom, Mann-Whitneyevim U testom te Kruskal Wallis testom. Ako se potvrdi normalnost distribucije, analiza će biti provedena parametrijskim t-testom i ANOVA testom (u sklopu kojeg će biti provedeni pripadajući post-hoc testovi).

3.3 Istraživačka metodologija

3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

Empirijsko istraživanje ovoga rada temelji se na kvantitativnoj istraživačkoj paradigmi, korištenjem modificiranih strukturiranih upitnika. Istraživački instrumenti koji su korišteni u ovom istraživanju jesu strukturirani standardizirani upitnik osobnih podataka i sljedeći standardizirani mjerni instrumenti:

1. upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (WHOQOL-BREF)
2. Barthelov indeks aktivnosti svakodnevnog života (funkcionalna sposobnost)
3. skale temporalnog zadovoljstva životom (TSWLS).

3.3.2 Opis instrumenata

Za prikupljanje podataka korišteni su strukturirani upitnici i skale. U prvom dijelu upitnika traženi su demografski podatci o ispitanicima: mjesto i način stanovanja, dob, spol, razina obrazovanja, bračni status, mjesečni prihodi, samoprocjena materijalnog stanja. Drugi dio upitnika odnosio se na pitanja iz anketnog upitnika WHOQOL-BREF, upitnika za mjerenje temporalnog zadovoljstva životom (TSWLS) i mjerenja aktivnosti u svakodnevnom životu uz korištenje modificiranog Barthelovog indeksa.

1. Dio upitnika:

- a) dob
- b) spol
- c) oblik stanovanja (obiteljska kuća, stambeni objekt)
- d) razina obrazovanja

- e) način stanovanja
- f) bračni status
- g) mjesečni prihodi
- h) materijalno stanje.

2. Dio upitnika:

a) Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF) koji u 26 pitanja obuhvaća četiri domene: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okoliš. Odgovori za svaku česticu pokazuju se na skali Likertovog tipa od 1 do 5, pri čemu 1 označava najmanje slaganje s pojedinom česticom, a 5 označava najveće slaganje s česticom. Rezultati domena dobiveni su kombinacijom 24 čestice iz WHOQOL-BREF upitnika. Jedino se čestice o kvaliteti života i općeg zdravlja analiziraju zasebno. Rezultat u svakoj domeni izražava se kao prosjek odgovora na česticama koje je opisuju.

Domene upitnika WHOQOL-BREF

Tjelesno zdravlje	Psihičko zdravlje	Socijalni odnosi	Okolina
Dnevne aktivnosti	Predodžba tijela i izgled	Osobni odnosi	Izvori financija
Ovisnost o lijekovima	Negativni osjećaji	Socijalna podrška	Sloboda, tjelesna sigurnost i zaštićenost
Energija i umaranje	Pozitivni osjećaji	Seksualna aktivnost	Zdravstvena i socijalna skrb: dostupnost i kvaliteta
Pokretljivost	Samopoštovanje		Kućna okolina
Bol i uznemirenost	Religioznost/duhovnost/osobna vjerovanja		Dostupnost informacija i usluga
Spavanje i odmor	Mišljenje, učenje, pamćenje i koncentracija		Mogućnost rekreacije
Tjelesno zdravlje			Okoliš (zagađenje/buka/promet)
Radni kapaciteti			Prijevoz

Za korištenje upitnika dobivena je suglasnost Svjetske zdravstvene organizacije (dokument u prilogu).

b) Za mjerenje kognitivne evaluacije cjelokupnog života, odnosno zadovoljstva životom, korištena je skala temporalnog zadovoljstva životom (TSWLS). Uzimajući u obzir to da subjektivna dobrobit nije potpuno stabilna varijabla (Veenhoven 1994), uključivanje određene vremenske perspektive u mjerenju komponenti subjektivne dobrobiti može dovesti do točnijih procjena. Upravo s tom namjerom konstruirana je skala za ispitivanje temporalnoga zadovoljstva životom (Temporal Satisfaction With Life Scale, autora Pavota, Dienera i Suha 1998). Skala se sastoji od 15 čestica od kojih se pet čestica odnosi na mjerenje prošloga zadovoljstva, pet čestica odnosi se na mjerenje trenutačnoga zadovoljstva, a preostalih pet čestica odnosi se na mjerenje očekivanja budućega zadovoljstva. Pri tome nisu specificirani vremenski periodi na koje bi se procjene trebale odnositi. Od sudionika se tražilo da označi u kojoj se mjeri tvrdnje odnose na njegov život. Sudionik svaku tvrdnju označava na skali od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se odnosi na mene).

c) Za mjerenje funkcionalne sposobnosti odabran je modificirani Barthelov indeks aktivnosti svakodnevnoga života (engl. *The Barthel Index of Activities of Daily Living*)⁷. Naime, Barthelovim indeksom mjeri se funkcionalna (ne)ovisnost ispitanika o osobnoj njezi i pokretljivosti u deset uobičajenih dnevnih aktivnosti, a to su češljanje i pranje zuba, odlazak na toalet, jedenje, kretanje od kreveta do stolice, kretanje po kući, oblačenje, kretanje po stepenicama, kupanje te kontrola sfinktera. Svaka čestica ima raspon od dva do četiri odgovora (0 do 3 boda), a maksimalni broj bodova je 20. Tumačenje dobivenih bodova: 0 – 4 = potpuna ovisnost, 5 – 12 = teška ovisnost, 13 – 18 = umjerena ovisnost, 19 = mala ovisnost i 20 = potpuna neovisnosti.

3.3.3 Opis uzorka

Uzorak su činili ispitanici oba spola, u dobi od 65 i više godina starosti na području Republike Hrvatske. Ispitanici u istraživanju grupirani su u dvije kohortne skupine:

1. skupina ispitanika koju čini 150 osoba starije dobi iz ruralne sredine i
2. skupina ispitanika koju čini 150 osoba starije dobi iz urbane sredine.

⁷Barthel Index (BI) Mahoney & Barthel (1965) DOEL(GROEP): E valuatief en inventariserend Met de Barthel Index kan de mate van (lichamelijke of verbale) hulp die een persoon nodig heeft om algemene dagelijkse (ADL) handelingen uit te voeren worden vastgesteld. De Barthel Index is een generieke vragenlijst en kan bij verschillende doelgroepen gebruikt worden.
[https://fysio.net/pdf/Barthel_Index%20\(zelfredzaamheid\).pdf](https://fysio.net/pdf/Barthel_Index%20(zelfredzaamheid).pdf)

Ispitanici iz oba područja (ruralnog/urbanog) grupirani su u dvije skupine prema kronološkoj dobi:

1. skupina od 65 do 74 godina
2. skupina od 75 i više godina.

U istraživanju je primijenjena metoda slučajnog uzorkovanja u promatranim županijama, pri čemu se vodilo računa o tome da ulazne sociodemografske i socioekonomske varijable budu približno proporcionalne općoj populaciji. Ispitanici iz ruralne sredine bili su s područja tri županije: Krapinsko-zagorske županije, Ličko-senjske županije i Bjelovarsko-bilogorske županije. Metodom slučajnog odabira iz svakog županijskog Doma zdravlja, kod deset liječnika obiteljske medicine, nasumice su se prikupili podatci za petnaest osoba starije dobi. Ispitanici iz urbane sredine bili su iz Grada Zagreba, izabrani metodom slučajnog odabira na način da su se iz sva tri Doma zdravlja u Zagrebu, iz kartoteke/baze podataka kod petnaest liječnika obiteljske medicine, nasumice prikupili podatci za deset osoba starije dobi. Kriterij odabira bio je da osoba ima 65 i više godina. U istraživanje nisu uključeni ispitanici koji imaju dijagnosticiranu psihičku bolest, osobe koje su institucionalizirane i starije osobe u terminalnoj fazi bolesti. Na temelju popisa ispitanika, nadležne patronažne sestre su prikupljale podatke, odnosno anketirale odabrane osobe.

Mjerni instrumenti bio je na hrvatskom jeziku. S pozicije etičkih standarda, ispitanici su dobili informacije o istraživanju, ciljevima i postupku. U domovima zdravlja na čijem se području provodilo istraživanje, dobivena je suglasnost etičkog povjerenstva. Za sudjelovanje u istraživanju ispitanici nisu dobili nikakvu naknadu, a pojašnjeno im je da se njihova imena neće spominjati. Od ispitanika je zatražena informirana pismena suglasnost za sudjelovanje i samo oni koji su dali svoju suglasnost, sudjelovali su u istraživanju.

Okvirno vrijeme koje je bilo potrebno za anketiranje bilo je od 20 do 30 minuta po ispitaniku.

3.3.4 Opis obrade podataka

Statističke metode korištene u sklopu istraživanja:

Prilikom statističke obrade koristit će se metode deskriptivnog prikaza podataka te metode inferencijalne statistike. U sklopu deskriptivne analize podatci će biti prikazani tablično u obliku apsolutnih frekvencija, postotaka i mjera centralne tendencije, te grafički pomoću dijagrama. Statistička analiza bit će provedena na način da će rezultati za svaki promatrani mjerni instrument biti deskriptivno prikazani te će biti provedena statistička analiza odabranim statističkim testovima, uz korištenje metoda inferencijalne statistike.

U deskriptivnom dijelu podatci će biti prikazani zasebno za sva tri instrumenta (WHOQOL-BREF, TSWLS, Barthelov indeks aktivnosti u svakodnevnom životu) na način da će podatci biti prezentirani tablično kroz apsolutne frekvencije i postotke te prosječne vrijednosti, odnosno grafički pomoću dijagrama. Za svaki promatrani upitnik bit će određene tematske cjeline, odnosno glavni faktori analize, dok će podatci biti grupirani i prikazani s obzirom na promatrane tematske cjeline i hipoteze koje su određene u sklopu istraživanja.

Da bi se uočila povezanost između promatranih varijabli i kategorija, izračunat će se Spearmanov koeficijent korelacije na zatvorenoj skali $-1 < r < 1$, provjerit će se imaju li promatrane kategorije pozitivan ili negativan stupanj korelacije te će se ustvrditi intenzitet korelacije. U ovisnosti o distribuciji dobivenih podataka koristit će se parametrijske ili neparametrijske statističke metode. Ako se utvrdi odstupanje promatranih varijabli od normalne (Gaussove) distribucije, testiranje će biti provedeno pomoću neparametrijskih inačica testova, odnosno Hi-kvadrat testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom, Mann-Whitneyevim U testom te Kruskal Wallis testom. Ako se potvrdi normalnost distribucije, analiza će biti provedena parametrijskim t-testom i ANOVA testom u sklopu kojeg će se provesti post-hoc testiranje putem Turkeyovog testa.

U svrhu statističke analize upotrijebit će se statistički program SPSS (inačica 21.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

Ograničenja kod obrade istraživačkog problema

Premda ispitanici predstavljaju reprezentativni uzorak jer pripadaju različitim socijalnim okruženjima, žive na području tri hrvatske županije i grada Zagreba, što obuhvaća i ruralni i urbani prostor, ograničenja bi ipak mogla biti u odabiru uzorka. Također, ograničenja u istraživanju mogla bi se pokazati u izboru instrumenata istraživanja, premda upitnik WHOQOL-BREF ima prednosti u odnosu na druge skale jer je pouzdan, brže se rješava, konzistentan je i valjan. Unatoč navedenim prednosima na tijek mjerenja mogu utjecati neki faktori, od strane ispitivača i ispitanika. Ti potencijalni utjecajni faktori mogu biti: iskrenost ispitanika, motiviranost i mogućnost ispitanika da odgovori na postavljeno pitanje, kao i utjecaj intervjuera na ispitanika. Da bi se smanjio utjecaj navedenih faktora, strogo će se poštovati postavljena pravila o načinu i metodologiji istraživanja. Prije ispunjavanja anketa svi ispitivači, točnije patronažne sestre, proći će edukaciju kako bi se smanjila navedena ograničenja.

S obzirom na brojnost čimbenika koji utječu na kvalitetu života starije dobi, razlikama u stupnju razvijenosti pojedinih hrvatskih prostora i razlikama u percepciji starijih osoba, starost se ne može sagledavati isključivo kao biološki fenomen, nego društveno konstruiran pojam čije određenje ovisi o sociokulturnim čimbenicima – političkim, regionalnim, ekonomskim i drugim. U cilju učinkovitosti zaštite starije populacije trebali bi se razviti okviri i djelotvorni mehanizmi koji su poglavito usmjereni prema stvarnim potrebama temeljenih na istraživanju tih potreba. U svakoj lokalnoj zajednici može se organizirati program skrbi za starije, sukladan različitim mogućnostima i potrebama starijih ljudi, ovisno o tradicionalnim, kulturnim, povijesnim i drugim razlikama među njima. Doprinos ovakvoga istraživanja s praktične strane je u identifikaciji čimbenika, osobito onih koji kvalitetu života čine lošijom. Usporedbom pokazatelja kvalitete života ovisno o prostoru, ovo istraživanje može doprinijeti u planiranju javnozdravstvenih i socijalnih programa skrbi starije populacije. Doprinos bi mogao biti u primjenjivosti rezultata kao bazičnog polazišta informiranog pristupa u oblikovanju teritorijalnih politika u skrbi starijih ljudi u Hrvatskoj. Na temelju potvrde regionalne urbano-ruralne različitosti kod statistički značajnog broja pokazatelja kvalitete života starije populacije, ovo istraživanje bi moglo koristiti kao dobra znanstveno opravdana nacionalna platforma za kreiranje i koordinaciju različitih regionalnih gospodarskih, zdravstvenih i socijalnih politika. Time bi se stvorio teorijski okvir zadovoljstva životom koji prikazuje međusobni utjecaj domena specifičnih područja života i ukupne procjene zadovoljstva kvalitetom života starije populacije. Detaljne analize istraživanja mogle bi poslužiti za razvoj gerontološke profesije, osnaživanje javne i civilne mreže za njegu i pomoć starijim ljudima, a time i jačanju programa međugeneracijske solidarnosti na nacionalnoj i lokalnoj razini.

Analizom rezultata istraživanja utvrdile bi se potencijalne potrebe starije populacije na lokalnoj razini. Rezultati analize otvorili bi prostor za daljnje znanstveno proučavanje značajnih ekonomskih, socijalnih, demografskih potencijala, nacionalno i regionalno promatrano, uvažavajući sve specifičnosti koje u konkretnom okruženju postoje.

3.4 Rezultati

Anketirano je ukupno tristo starijih osoba (N = 300), a ispitanici su grupirani u dvije skupine. Prema podacima za promatrana mjesta provedbe istraživanja, može se uočiti kako je 50,0 % ispitanika iz urbanog mjesta, dok je 50,0 % ispitanika iz ruralnih mjesta. Prvu skupinu ispitanika činilo je sto pedeset (N = 150) osoba starijih od 65 godina i više s područja Grada

Zagreba koji su predstavnici ruralne sredine, dok je drugu skupinu činilo sto pedeset (N = 150) ispitanika predstavnika ruralne sredine s područja tri županije: Krapinsko-zagorske županije (N = 50), Ličko-senjske županije (N = 50) i Bjelovarsko-bilogorske županije (N = 50). Kod promatranih Županija može se uočiti da je 16,7 % ispitanika iz Bjelovarsko-bilogorske županije, 16,7 % ispitanika iz Krapinsko-zagorske županije, 16,7 % ispitanika iz Ličko-senjske županije, dok je 50,0 % ispitanika iz Zagreba (grafikon 1).

Grafikon 1: Distribucija broja ispitanika prema županijama na uzorku od N = 300 ispitanika

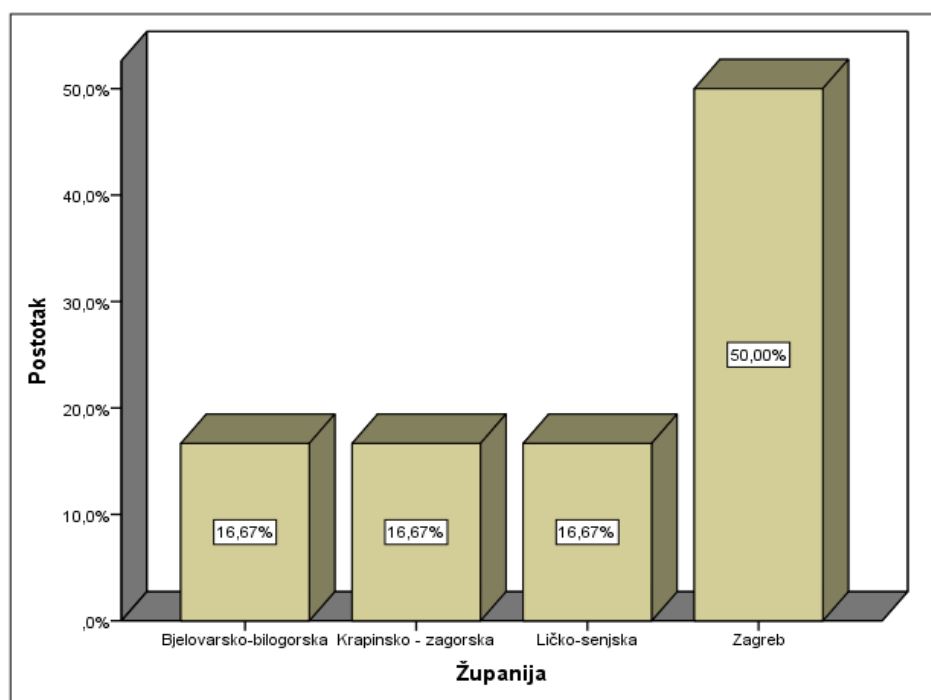


Tabela 1: Prikaz distribucije oblika stanovanja istraživanih skupina ispitanika uzorka N = 300

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Oblik stanovanja	obiteljska kuća	N	73	141	0,000
		%	48,7 %	94,0 %	
	stambeni objekt	N	77	9	
		%	51,3 %	6,0 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod oblik stanovanja s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,000 (p

< 0,05). To znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji žive u obiteljskoj kući u ruralnim mjestima (94,0 %) u odnosu na 48,7 % ispitanika iz urbanih mjesta.

Tabela 2: Prikaz distribucije ispitanika prema spolu na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Spol	muško	N	66	68	0,908
		%	44,0 %	45,3 %	
	žensko	N	84	82	
		%	56,0 %	54,7 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa između spola ispitanika kod urbanih i ruralnih mjesta iznosi 0,908 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 3: Prikaz distribucije ispitanika prema dobi na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Dob	65 – 74 godina	N	68	79	0,248
		%	45,3 %	52,7 %	
	75 i više godina	N	82	71	
		%	54,7 %	47,3 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa između dobi ispitanika kod urbanih i ruralnih mjesta iznosi 0,248 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

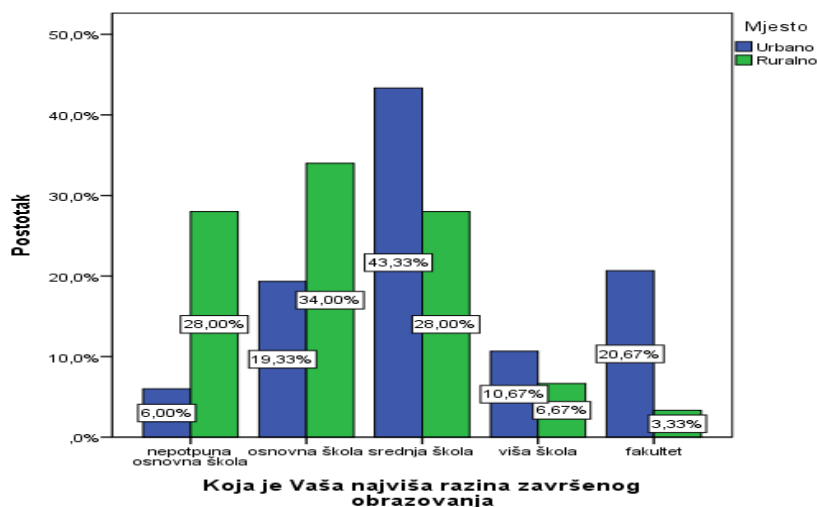
Tabela 4: Prikaz distribucije ispitanika prema razini obrazovanja na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p	
			Urbano	Ruralno		
Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja?	Nepotpuna osnovna škola	N	9	42	0,000	
		%	6,0 %	28,0 %		
	Osnovna škola	N	29	51		
		%	19,3 %	34,0 %		
	Srednja škola	N	65	42		
		%	43,3 %	28,0 %		
	Viša škola	N	16	10		
		%	10,7 %	6,7 %		
	Fakultet	N	31	5		
		%	20,7 %	3,3 %		
	Ukupno		N	150		150
			%	100,0 %		100,0 %

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja? s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,000 ($p < 0,05$). To znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji imaju nepotpunu osnovnu školu u ruralnim mjestima (28,0 %) u odnosu na 6,0 % ispitanika iz urbanih mjesta. Nasuprot tome, čak 20,7 % ispitanika iz urbanih mjesta završilo je fakultet u odnosu na 3,3 % ispitanika iz ruralnih mjesta.

Grafikon 2: Prikaz distribucije ispitanika prema mjestu stanovanja na uzorku od N = 300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja? s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,000 ($p < 0,05$). To znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta.

Tabela 5: Prikaz distribucije ispitanika prema načinu stanovanja na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Način stanovanja	živim sam/sama	N	47	41	0,506
		%	31,3 %	27,3 %	
	živim sa suprugom/ supružnikom	N	47	43	
		%	31,3 %	28,7 %	
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	N	56	66	
		%	37,3 %	44,0 %	
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0 %	100,0 %		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa između načina stanovanja kod urbanih i ruralnih mjesta iznosi 0,506 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

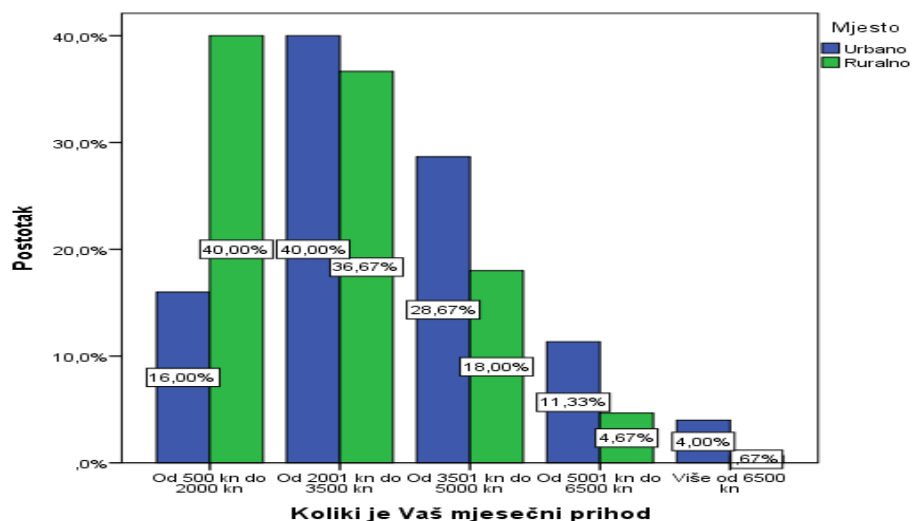
Tabela 6: Prikaz distribucije ispitanika prema bračnom statusu na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Bračni status	samac	N	16	10	0,542
		%	10,7 %	6,7 %	
	razdvojen/ razdvojena	N	3	5	
		%	2,0 %	3,3 %	
	u braku	N	63	64	
		%	42,0 %	42,7 %	
	u izvanbračnoj zajednici	N	5	3	
		%	3,3 %	2,0 %	
rastavljen/ rastavljena	N	10	6		
	%	6,7 %	4,0 %		
udovac/ udovica	N	53	62		
	%	35,3 %	41,3 %		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz tabele 6. može se utvrditi da razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa između bračnog statusa kod urbanih i ruralnih mjesta iznosi 0,542 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Grafikon 3: Prikaz distribucije ispitanika prema mjesečnom prihodu



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja Koliki je Vaš mjesečni prihod s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,000 ($p < 0,05$). To znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji imaju primanja od 500 HRK do 2000 HRK u ruralnim mjestima (40,0 %), u odnosu na 16,0 % ispitanika iz urbanih mjesta.

Tabela 7: Prikaz distribucije ispitanika prema percepciji ispitanika njegovog materijalnog stanja na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Materijalno stanje	mnogo lošije od prosjeka	N	10	12	0,090
		%	6,7 %	8,0 %	
	nešto lošije od prosjeka	N	35	35	
		%	23,3 %	23,3 %	
	prosječno	N	84	91	
		%	56,0 %	60,7 %	
nešto bolje od prosjeka	N	14	12		
	%	9,3 %	8,0 %		
mnogo bolje od prosjeka	N	7	0		
	%	4,7 %	0,0 %		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

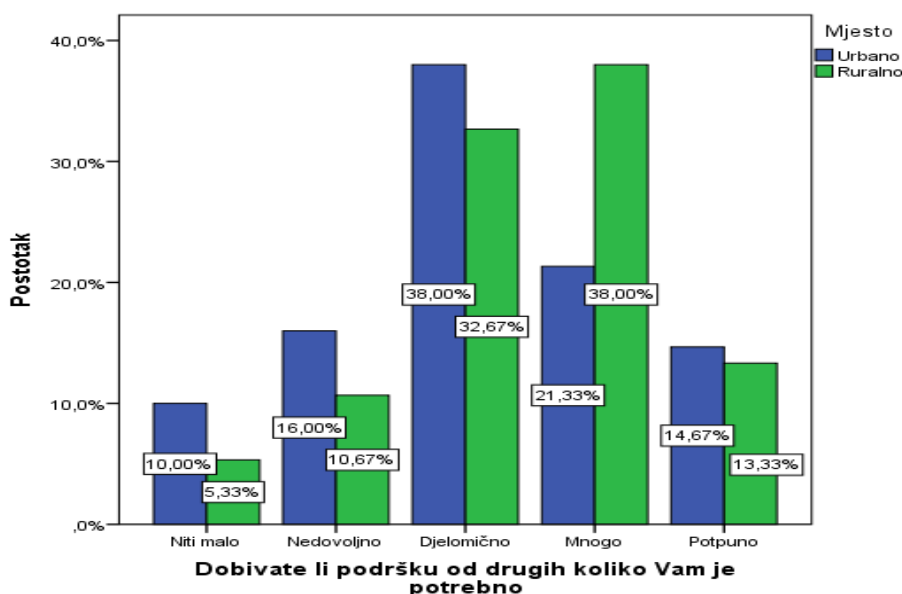
Iz tabele se može utvrditi da razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa između materijalnog stanja kod urbanih i ruralnih mjesta iznosi 0,090 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 8: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o razini podrške na uzorku od N = 300 ispitanika

		Mjesto		p	
		Urbano	Ruralno		
Dobivate li podršku drugih koliko Vam je potrebno?	Niti malo	N	15	8	0,022
		%	10,0 %	5,3 %	
	Nedovoljno	N	24	16	
		%	16,0 %	10,7 %	
	Djelomično	N	57	49	
		%	38,0 %	32,7 %	
	Mnogo	N	32	57	
		%	21,3 %	38,0 %	
	Potpuno	N	22	20	
		%	14,7 %	13,3 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 4: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o razini podrške na uzorku od N = 300 ispitanika promatranih skupina



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Analizom dobivenih rezultata gdje se pokazala razina signifikantnosti kod pitanja Dobivate li podršku drugih koliko Vam je potrebno? s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,022 ($p < 0,05$). To znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na

promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode mnogo u ruralnim mjestima (38,0 %) u odnosu na 21,3 % ispitanika iz urbanih mjesta.

Tabela 9: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o ocjeni kvalitete života na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako biste ocijenili svoju kvalitetu života?	Jako loše	N	5	2	0,263
		%	3,3 %	1,3 %	
	Loše	N	25	15	
		%	16,7 %	10,0 %	
	Osrednje	N	62	62	
		%	41,3 %	41,3 %	
	Dobro	N	51	64	
		%	34,0 %	42,7 %	
	Jako dobro	N	7	7	
		%	4,7 %	4,7 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Prikazom se može utvrditi da razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Kako biste ocijenili svoju kvalitetu života? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,263 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 10: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o zadovoljstvu životom N = 300

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	10	9	0,404
		%	6,7 %	6,0 %	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	35	47	
		%	23,3 %	31,3 %	
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	N	57	51	
		%	38,0 %	34,0 %	
	Zadovoljan	N	39	39	
		%	26,0 %	26,0 %	
	Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	9	4	
		%	6,0 %	2,7 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,404 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 11: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o procjeni boli u ograničavanju funkcioniranja na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p	
			Urbano	Ruralno		
U kojoj mjeri Vam se čini da Vas fizička bol sprečava u izvedbi potrebnih radnji?	Nikako	N	17	9	0,538	
		%	11,3 %	6,0 %		
	Malo	N	39	40		
		%	26,0 %	26,7 %		
	Osrednje	N	42	46		
		%	28,0 %	30,7 %		
	Puno	N	38	37		
		%	25,3 %	24,7 %		
	Jako puno	N	14	18		
		%	9,3 %	12,0 %		
	Ukupno		N	150		150
			%	100,0 %		100,0 %

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja U kojoj mjeri Vam se čini da Vas fizička bol sprečava u izvedbi potrebnih radnji? s obzirom na urbana i ruralna mjesta? iznosi 0,538 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 12: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o potrebnom medicinskom liječenju za svakodnevno funkcioniranje na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
U kojoj mjeri Vam je potrebno ikakvo medicinsko liječenje za funkcioniranje u svakodnevnom životu?	Nikako	N	15	6	0,191
		%	10,0 %	4,0 %	
	Malo	N	30	35	
		%	20,0 %	23,3 %	
	Osrednje	N	44	53	
		%	29,3 %	35,3 %	
	Puno	N	50	42	
		%	33,3 %	28,0 %	
	Jako puno	N	11	14	
		%	7,3 %	9,3 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz tabele je vidljivo da razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja U kojoj mjeri Vam je potrebno ikakvo medicinsko liječenje za funkcioniranje u svakodnevnom životu? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,191 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 13: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o uživanju u životu na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Koliko uživate u životu?	Nikako	N	9	6	0,352
		%	6,0 %	4,0 %	
	Malo	N	37	25	
		%	24,7 %	16,7 %	
	Osrednje	N	67	73	
		%	44,7 %	48,7 %	
	Puno	N	28	37	
		%	18,7 %	24,7 %	
	Jako puno	N	9	9	
		%	6,0 %	6,0 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Koliko uživate u životu? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,352 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 14: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o smislenosti života

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
U kojoj mjeri osjećate da Vam život ima smisao?	Nikako	N	8	2	0,256
		%	5,3 %	1,3 %	
	Malo	N	30	25	
		%	20,0 %	16,8 %	
	Osrednje	N	56	68	
		%	37,3 %	45,6 %	
	Puno	N	44	44	
		%	29,3 %	29,5 %	
	Jako puno	N	12	10	
		%	8,0 %	6,7 %	
Ukupno		N	150	149	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Prikazom distribucije dobivenih rezultata može se utvrditi da razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja U kojoj mjeri osjećate da Vam život ima smisao? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,256 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 15: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o mogućnosti koncentracije

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Koliko dobro se možete koncentrirati?	Nikako	N	7	2	0,400
		%	4,7 %	1,3 %	
	Malo	N	17	24	
		%	11,3 %	16,0 %	
	Osrednje	N	66	62	
		%	44,0 %	41,3 %	
	Puno	N	49	50	
		%	32,7 %	33,3 %	
	Jako puno	N	11	12	
		%	7,3 %	8,0 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja *Koliko dobro se možete koncentrirati?* s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,400 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

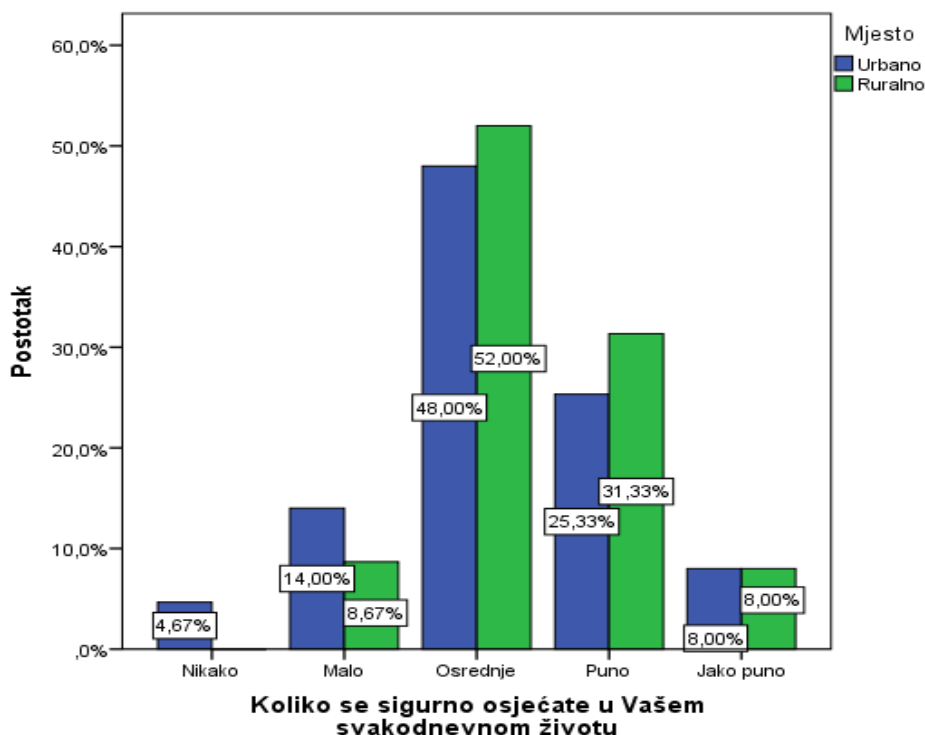
Tabela 16: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o osjećaju sigurnosti na uzorku od N = 300 ispitanika

		Mjesto		p
		Urbano	Ruralno	
Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?	Nikako	N	7	0,032
		%	4,7 %	
	Malo	N	21	
		%	14,0 %	
	Osrednje	N	72	
		%	48,0 %	
	Puno	N	38	
		%	25,3 %	
	Jako puno	N	12	
		%	8,0 %	
Ukupno		N	150	
		%	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?* s obzirom na ispitanike iz *urbanih i ruralnih* mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,032 ($p < 0,05$). To znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na *promatrana mjesta*. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode puno u ruralnim mjestima (31,3 %) u odnosu na 25,3 % ispitanika iz urbanih mjesta.

Grafikon 5: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o o osjećaju sigurnosti



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 17: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o fizičkom okruženju na uzorku od N = 300 ispitanika

		Mjesto		p	
		Urbano	Ruralno		
Koliko je zdravo Vaše fizičko okruženje?	Nikako	N	5	0	0,097
		%	3,3 %	0,0 %	
	Malo	N	15	17	
		%	10,0 %	11,3 %	
	Osrednje	N	78	68	
		%	52,0 %	45,3 %	
	Puno	N	44	58	
		%	29,3 %	38,7 %	
	Jako puno	N	8	7	
		%	5,3 %	4,7 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja *Koliko je zdravo Vaše fizičko okruženje?* s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,097 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 18: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o posjedovanju energije

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?	Nikako	N	10	12	0,704
		%	6,7 %	8,0 %	
	Malo	N	31	28	
		%	20,7 %	18,7 %	
	Osrednje	N	44	39	
		%	29,3 %	26,0 %	
	Uglavnom	N	51	61	
		%	34,0 %	40,7 %	
	Potpuno	N	14	10	
		%	9,3 %	6,7 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja *Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?* s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,704 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 19: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o prihvaćanju tjelesnog izgleda na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p	
			Urbano	Ruralno		
Možete li prihvatiti Vaš tjelesni izgled?	Nikako	N	13	10	0,475	
		%	8,7 %	6,7 %		
	Malo	N	10	14		
		%	6,7 %	9,3 %		
	Osrednje	N	36	29		
		%	24,0 %	19,3 %		
	Uglavnom	N	55	67		
		%	36,7 %	44,7 %		
	Potpuno	N	36	30		
		%	24,0 %	20,0 %		
	Ukupno		N	150		150
			%	100,0 %		100,0 %

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Možete li prihvatiti Vaš tjelesni izgled? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,475 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 20: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o financijskim sredstvima

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Imate li dovoljno novaca za svoje potrebe?	Nikako	N	7	9	0,913
		%	4,7 %	6,0 %	
	Malo	N	30	26	
		%	20,0 %	17,3 %	
	Osrednje	N	41	45	
		%	27,3 %	30,0 %	
	Uglavnom	N	60	56	
		%	40,0 %	37,3 %	
	Potpuno	N	12	14	
		%	8,0 %	9,3 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Imate li dovoljno novaca za svoje potrebe? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,913 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 21: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o dostupnim informacijama

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Koliko su vam dostupne informacije koje su Vam potrebne za svakodnevni život?	Nikako	N	6	2	0,378
		%	4,0 %	1,3 %	
	Malo	N	15	13	
		%	10,0 %	8,7 %	
	Osrednje	N	38	30	
		%	25,3 %	20,0 %	
	Uglavnom	N	63	76	
		%	42,0 %	50,7 %	
	Potpuno	N	28	29	
		%	18,7 %	19,3 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Koliko su vam dostupne informacije koje su Vam potrebne za svakodnevni život? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,378 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 22: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o slobodnim aktivnostima

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
U kojoj mjeri imate prilike za slobodne aktivnosti?	Nikako	N	23	25	0,237
		%	15,3 %	16,7 %	
	Malo	N	37	27	
		%	24,7 %	18,0 %	
	Osrednje	N	29	31	
		%	19,3 %	20,7 %	
	Uglavnom	N	41	34	
		%	27,3 %	22,7 %	
	Potpuno	N	20	33	
		%	13,3 %	22,0 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja U kojoj mjeri imate prilike za slobodne aktivnosti? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,237 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 23: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o mogućnosti kretanja

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Koliko dobro se možete kretati?	Jako slabo	N	17	19	0,960
		%	11,3 %	12,7 %	
	Slabo	N	33	28	
		%	22,0 %	18,7 %	
	Osrednje	N	37	40	
		%	24,7 %	26,7 %	
	Dobro	N	49	49	
		%	32,7 %	32,7 %	
	Jako dobro	N	14	14	
		%	9,3 %	9,3 %	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0 %	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Koliko dobro se možete kretati? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,960 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 24: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o zadovoljstvu snom

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni snom	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	10	5	0,632
		%	6,7%	3,3%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	33	39	
		%	22,0%	26,0%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	45	42	
		%	30,0%	28,0%	
Zadovoljan/ zadovoljna	N	50	49		
	%	33,3%	32,7%		
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	12	15		
	%	8,0%	10,0%		
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja kako ste zadovoljni snom s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,632 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 25: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o sposobnošću izvedbe aktivnosti svakodnevnog života na uzorku od N=300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni sposobnošću izvedbe aktivnosti svakodnevnog života	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	10	10	0,709
		%	6,7%	6,7%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	39	33	
		%	26,0%	22,0%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	38	49	
		%	25,3%	32,7%	
Zadovoljan/ zadovoljna	N	54	49		
	%	36,0%	32,7%		
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	9	9		
	%	6,0%	6,0%		
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja kako ste zadovoljni sposobnošću izvedbe aktivnosti svakodnevnog života s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,709 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 26: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o radnom sposobnošću

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni radnom sposobnošću	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	16	17	0,895
		%	10,7%	11,3%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	42	40	
		%	28,0%	26,7%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	44	43	
		%	29,3%	28,7%	
	Zadovoljan/ zadovoljna	N	42	40	
		%	28,0%	26,7%	
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	6	10		
	%	4,0%	6,7%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja kako ste zadovoljni radnom sposobnošću s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,895 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli

Tabela 27: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o osobnom zadovoljstvu

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni samim sobom	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	6	4	0,816
		%	4,0%	2,7%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	27	24	
		%	18,0%	16,0%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	52	48	
		%	34,7%	32,0%	
	Zadovoljan/ zadovoljna	N	55	60	
		%	36,7%	40,0%	
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	10	14		
	%	6,7%	9,3%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja kako ste zadovoljni samim sobom s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,816 ($p>0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 28: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o zadovoljstvu osobnim kvalitetama na uzorku od N=300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni osobnim kvalitetama	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	5	1	0,050
		%	3,3%	0,7%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	20	8	
		%	13,3%	5,3%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	45	57	
		%	30,0%	38,0%	
	Zadovoljan/ zadovoljna	N	68	73	
%		45,3%	48,7%		
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	12	11		
	%	8,0%	7,3%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja kako ste zadovoljni osobnim kvalitetama s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,050 ($p<0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta, pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a u ruralnim mjestima (38,0%) u odnosu na 30,0% ispitanika iz urbanih mjesta.

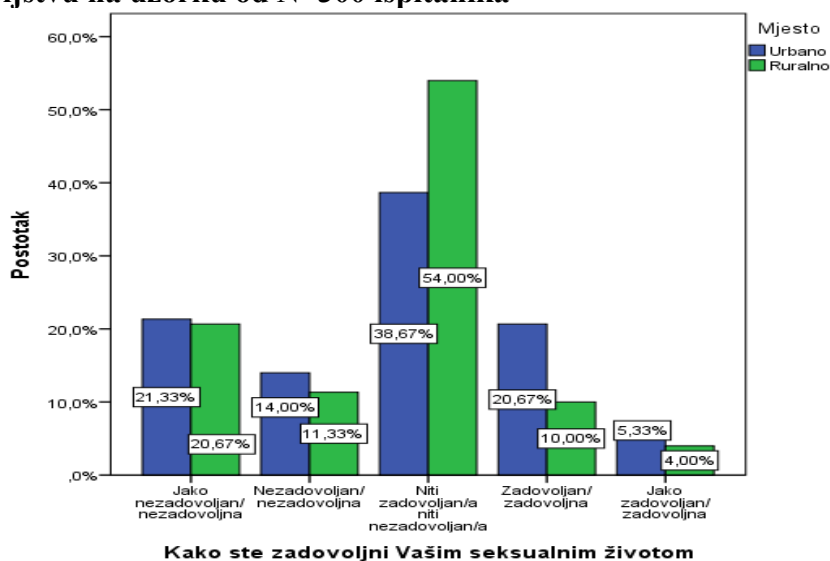
Tabela 29: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o zadovoljstvu seksualnim životom na uzorku od N=300 ispitanika

		Mjesto		p	
		Urbano	Ruralno		
Kako ste zadovoljni Vašim seksualnim životom	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	32	31	0,037
		%	21,3%	20,7%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	21	17	
		%	14,0%	11,3%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	58	81	
		%	38,7%	54,0%	
Zadovoljan/ zadovoljna	N	31	15		
	%	20,7%	10,0%		
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	8	6		
	%	5,3%	4,0%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti kod pitanja kako ste zadovoljni Vašim seksualnim životom s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fishrovog egzaktnog testa iznosi 0,037 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta, pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode zadovoljan/ zadovoljna urbanim mjestima (20,7%) u odnosu na 10,0% ispitanika iz ruralnih mjesta.

Grafikon 6: grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana o seksualnom zadovoljstvu na uzorku od N=300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 30: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o dobivenoj podršci od prijatelja na uzorku od N=300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni podrškom koju dobivate od prijatelja	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	6	1	0,130
		%	4,0%	0,7%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	30	19	
		%	20,0%	12,7%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	47	54	
		%	31,3%	36,0%	
Zadovoljan/ zadovoljna	N	57	66		
	%	38,0%	44,0%		
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	10	10		
	%	6,7%	6,7%		
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja kako ste zadovoljni podrškom koju dobivate od prijatelja s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,130 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 31: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o uvjetima stanovanja na uzorku od N=300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni uvjetima stanovanja	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	7	0	0,066
		%	4,7%	0,0%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	11	7	
		%	7,3%	4,7%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	33	35	
		%	22,0%	23,3%	
Zadovoljan/ zadovoljna	N	72	77		
	%	48,0%	51,3%		
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	27	31		
	%	18,0%	20,7%		
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja kako ste zadovoljni uvjetima stanovanja s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,066 ($p>0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

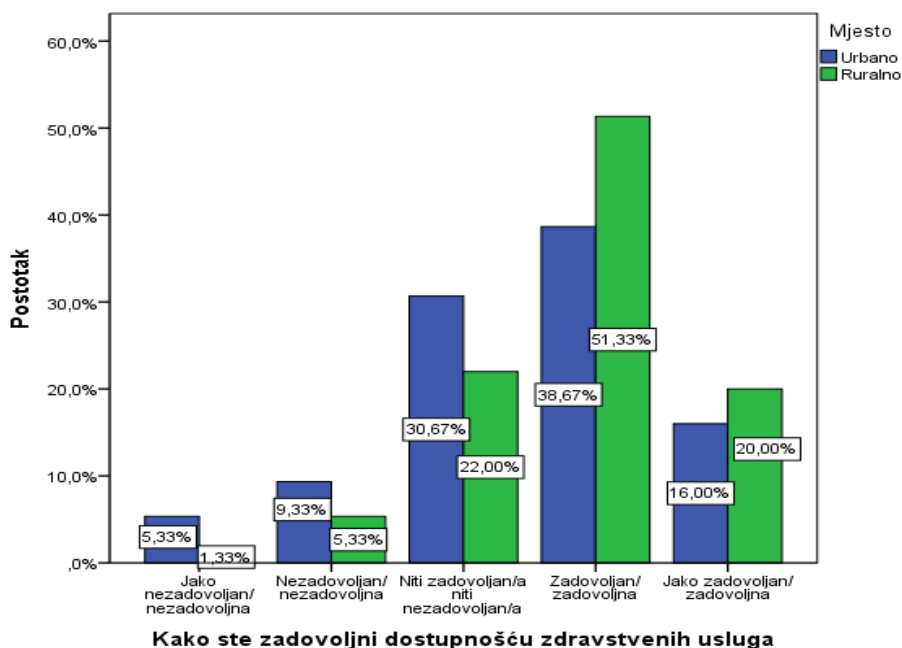
Tabela 32: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o uvjetima stanovanja na uzorku od N=300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako ste zadovoljni dostupnošću zdravstvenih usluga	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	8	2	0,030
		%	5,3%	1,3%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	14	8	
		%	9,3%	5,3%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	46	33	
		%	30,7%	22,0%	
	Zadovoljan/ zadovoljna	N	58	77	
		%	38,7%	51,3%	
Jako zadovoljan/ zadovoljna		N	24	30	
		%	16,0%	20,0%	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja kako ste zadovoljni dostupnošću zdravstvenih usluga s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,030, ($p<0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta, pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode zadovoljan/ zadovoljna u ruralnim mjestima (51,3%) u odnosu na 38,7% ispitanika iz urbanih mjesta (tabela 32, i grafikon 7).

Grafikon 7: grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o zadovoljstvu dostupnošću zdravstvenim uslugama na uzorku od N=300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 33: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o mogućnosti prijevoza na uzorku od N = 300 ispitanika

			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kako te zadovoljni s mogućnošću prijevoza	Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	N	12	10	0,082
		%	8,0%	6,7%	
	Nezadovoljan/ nezadovoljna	N	16	28	
		%	10,7%	18,7%	
	Niti zadovoljan/a niti nezadovoljan/a	N	35	29	
%		23,3%	19,3%		
Zadovoljan/ zadovoljna	N	67	52		
	%	44,7%	34,7%		
Jako zadovoljan/ zadovoljna	N	20	31		
	%	13,3%	20,7%		
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Kako ste zadovoljni s mogućnošću prijevoza? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,082 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 34: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika na pitanje o negativnim osjećajima

		Mjesto		p
		Urbano	Ruralno	
Koliko često imate negativne osjećaje poput lošeg raspoloženja, očaja, tjeskobe, depresije?	Nikad	N	12	0,471
		%	8,0 %	
	Rijetko	N	72	
		%	48,0 %	
	Prilično često	N	39	
		%	26,0 %	
	Vrlo često	N	25	
		%	16,7 %	
	Uvijek	N	2	
		%	1,3 %	
Ukupno		N	150	
		%	100,0 %	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja Koliko često imate negativne osjećaje poput lošeg raspoloženja, očaja, tjeskobe, depresije? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,471 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Zbog nestabilnosti subjektivne dobrobiti u istraživanju koristili smo Skalu za procjenu temporalnog zadovoljstva, gdje za procjenu nisu strogo određeni vremenski periodi. Skala temporalnog zadovoljstva sastoji se od 15 čestica, od kojih se pet čestica odnosi na mjerenje prošloga zadovoljstva, pet čestica odnosi se na mjerenje sadašnjeg zadovoljstva, a pet čestica na mjerenje očekivanja zadovoljstva u budućem životu. Svaka subskala može imati rezultate od 5 do 25. Odgovori za svaku česticu pokazuju se na skali Likertovog tipa od 1 do 5, pri čemu 1 označava najmanje slaganje s pojedinom česticom, a 5 označava najveće slaganje s česticom. U tabelama koje slijede prikazani su deskriptivni rezultati i signifikantnost za pojedine čestice.

Tabela 35: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 1. mjerenje prošloga zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Kada bih ponovno živio svoj život ne bih ništa mijenjao	Uopće se ne slažem	N	30	25	0,890
		%	20,0%	16,7%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	25	24	
		%	16,7%	16,0%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	43	42	
		%	28,7%	28,0%	
	Uglavnom se odnosi na mene	N	35	42	
		%	23,3%	28,0%	
	U potpunosti se odnosi na mene	N	17	17	
		%	11,3%	11,3%	
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja kada bih ponovno živio svoj život ne bih ništa mijenjao s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,890 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 36: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 2. mjerenje prošloga zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Zadovoljan sam prošlim životom	Uopće se ne slažem	N	14	20	0,396
		%	9,3%	13,3%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	29	29	
		%	19,3%	19,3%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	32	41	
		%	21,3%	27,3%	
	Uglavnom se odnosi na mene	N	59	45	
		%	39,3%	30,0%	
	U potpunosti se odnosi na mene	N	16	15	
		%	10,7%	10,0%	
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja zadovoljan sam prošlim životom s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,396 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 37: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 3. mjerenje prošloga zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Moj prošli život je za mene bio gotovo idealan	Uopće se ne slažem	N	34	31	0,307
		%	22,7%	20,7%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	24	37	
		%	16,0%	24,7%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	46	48	
		%	30,7%	32,0%	
Uglavnom se odnosi na mene	N	35	25		
	%	23,3%	16,7%		
U potpunosti se odnosi na mene	N	11	9		
	%	7,3%	6,0%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja *moj prošli život je za mene bio gotovo idealan* s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,307 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 38: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 4. mjerenje prošloga zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Uvjeti moga života u prošlosti bili su izvrsni	Uopće se ne slažem	N	31	42	0,054
		%	20,7%	28,0%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	31	36	
		%	20,7%	24,0%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	36	41	
		%	24,0%	27,3%	
Uglavnom se odnosi na mene	N	35	25		
	%	23,3%	16,7%		
U potpunosti se odnosi na mene	N	17	6		
	%	11,3%	4,0%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja uvjeti moga života u prošlosti bili su izvrsni s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,054 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 39: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 5. mjerenje prošloga zadovoljstva)		Mjesto		p
		Urbano	Ruralno	
U prošlosti sam imao sve važne stvari koje sam želio	Uopće se ne slažem	N	26	0,170
		%	17,3%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	26	
		%	17,3%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	37	
		%	24,7%	
Uglavnom se odnosi na mene	N	43		
	%	28,7%		
U potpunosti se odnosi na mene	N	18		
	%	12,0%		
Ukupno		N	150	
		%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja u prošlosti sam imao sve važne stvari koje sam želio s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,170 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 40: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 1. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva)		Mjesto		p
		Urbano	Ruralno	
U svom sadašnjem životu ne bih ništa mijenjao	Uopće se ne slažem	N	26	0,382
		%	17,4%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	26	
		%	17,4%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	38	
		%	25,5%	
Uglavnom se odnosi na mene	N	40		
	%	26,8%		
U potpunosti se odnosi na mene	N	19		
	%	12,8%		
Ukupno		N	149	
		%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja u svom sadašnjem životu ne bih ništa mijenjao s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,382 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 41: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 2. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva)		Mjesto		p
		Urbano	Ruralno	
Zadovoljan sam svojim sadašnjim životom	Uopće se ne slažem	N	27	0,097
		%	18,0%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	21	
		%	14,0%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	36	
		%	24,0%	
Uglavnom se odnosi na mene	N	51		
	%	34,0%		
U potpunosti se odnosi na mene	N	15		
	%	10,0%		
Ukupno		N	150	
		%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja zadovoljan sam svojim sadašnjim životom s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,097 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 42: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 3. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva)		Mjesto		p
		Urbano	Ruralno	
Moj sadašnji život je blizak idealnom	Uopće se ne slažem	N	36	0,233
		%	24,0%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	29	
		%	19,3%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	50	
		%	33,3%	
Uglavnom se odnosi na mene	N	25		
	%	16,7%		
U potpunosti se odnosi na mene	N	10		
	%	6,7%		
Ukupno		N	150	
		%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja moj sadašnji život je blizak idealnom s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,233 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 43: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 4. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Trenutni uvjeti moga života su izvrsni	Uopće se ne slažem	N	30	27	0,201
		%	20,0%	18,0%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	32	31	
		%	21,3%	20,7%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	45	52	
		%	30,0%	34,7%	
	Uglavnom se odnosi na mene	N	30	36	
		%	20,0%	24,0%	
	U potpunosti se odnosi na mene	N	13	4	
		%	8,7%	2,7%	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja trenutni uvjeti moga života su izvrsni s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,201 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 44: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 5. mjerenje sadašnjeg zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Trenutno imam sve važne stvari koje želim u životu	Uopće se ne slažem	N	19	18	0,816
		%	12,7%	12,0%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	23	24	
		%	15,3%	16,0%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	47	45	
		%	31,3%	30,0%	
	Uglavnom se odnosi na mene	N	46	53	
		%	30,7%	35,3%	
	U potpunosti se odnosi na mene	N	15	10	
		%	10,0%	6,7%	
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja trenutno imam sve važne stvari koje želim u životu s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,816 ($p>0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

Tabela 45: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 1. mjerenje budućeg zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
U budućnosti neću ništa promijeniti u svom životu	Uopće se ne slažem	N	21	19	0,787
		%	14,0%	12,7%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	18	17	
		%	12,0%	11,3%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	50	42	
		%	33,3%	28,0%	
	Uglavnom se odnosi na mene	N	39	46	
		%	26,0%	30,7%	
U potpunosti se odnosi na mene	N	22	26		
	%	14,7%	17,3%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja u budućnosti neću ništa promijeniti u svom životu s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,787 ($p>0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli.

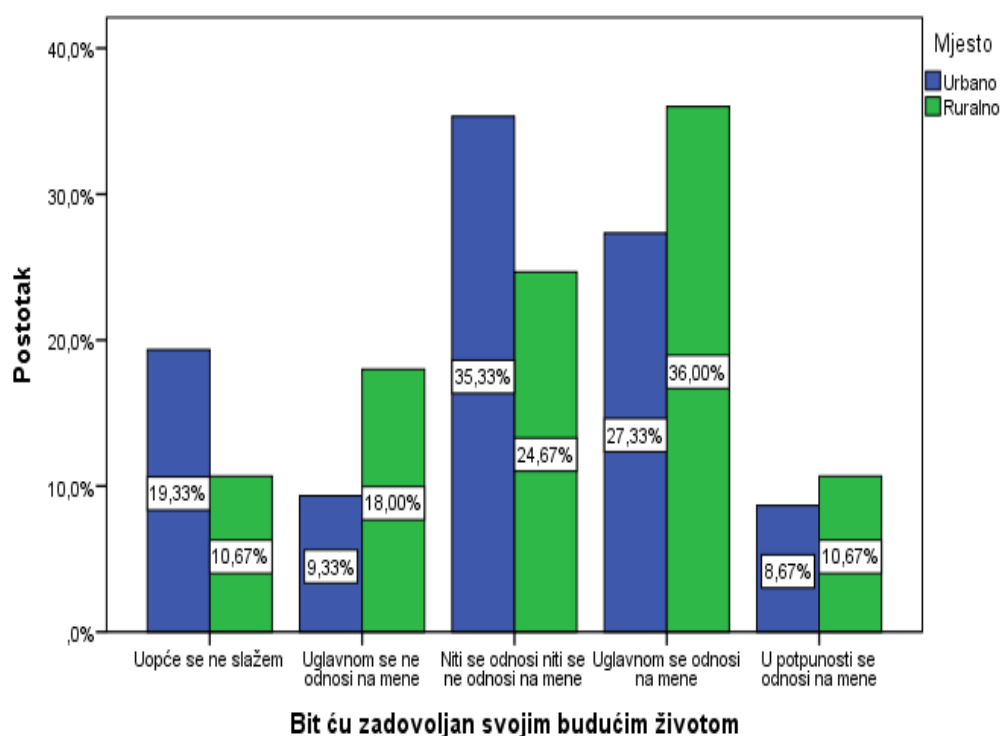
Tabela 46: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 2. mjerenje budućeg zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Bit ću zadovoljan svojim budućim životom	Uopće se ne slažem	N	29	16	0,012
		%	19,3%	10,7%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	14	27	
		%	9,3%	18,0%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	53	37	
		%	35,3%	24,7%	
	Uglavnom se odnosi na mene	N	41	54	
		%	27,3%	36,0%	
U potpunosti se odnosi na mene	N	13	16		
	%	8,7%	10,7%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja bit ću zadovoljan svojim budućim životom s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fishrovog egzaktnog testa iznosi 0,012 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta, pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima (36,0%) u odnosu na 27,3% ispitanika iz urbanih mjesta (tabela 46 i grafikon 8).

Grafikon 8: grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N=300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

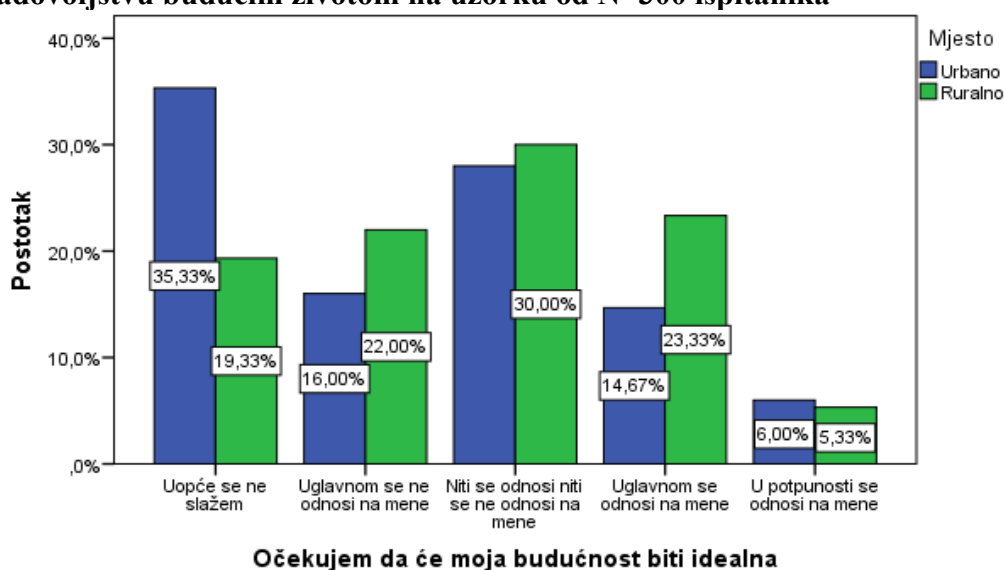
Tabela 47: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 2. mjerenje budućeg zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Očekujem da će moja budućnost biti idealna	Uopće se ne slažem	N	53	29	0,020
		%	35,3%	19,3%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	24	33	
		%	16,0%	22,0%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	42	45	
		%	28,0%	30,0%	
	Uglavnom se odnosi na mene	N	22	35	
		%	14,7%	23,3%	
	U potpunosti se odnosi na mene	N	9	8	
		%	6,0%	5,3%	
Ukupno	N	150	150		
	%	100,0%	100,0%		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja očekujem da će moja budućnost biti idealna s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fishrovog egzaktnog testa iznosi 0,020 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta, pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima (23,3%) u odnosu na 14,7% ispitanika iz urbanih mjesta (tabela 47 i grafikon 9).

Grafikon 9: grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N=300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

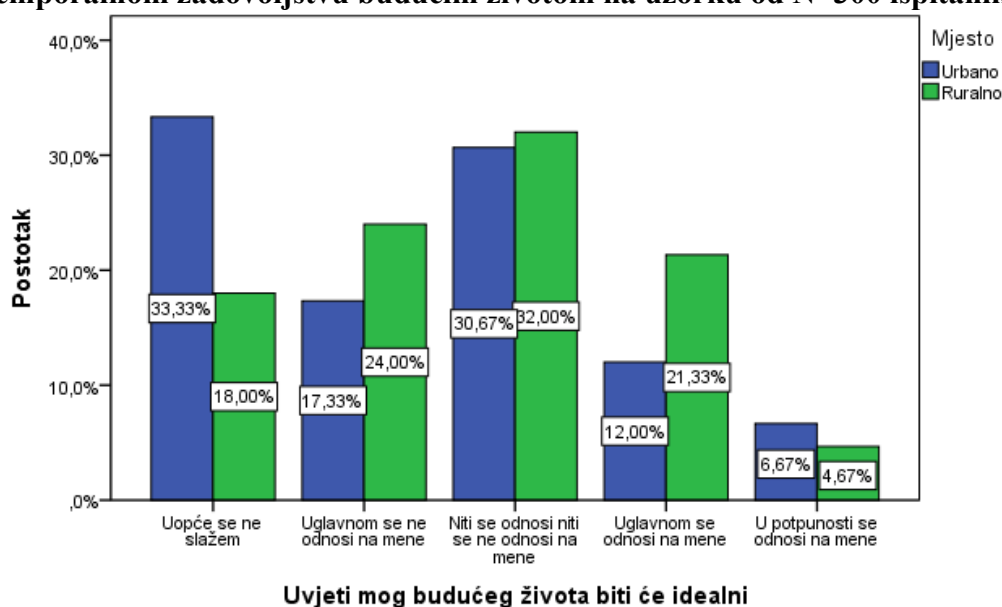
Tabela 48: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje3. mjerenje budućeg zadovoljstva)			Mjesto		p
			Urbano	Ruralno	
Uvjeti mog budućeg života biti će idealni	Uopće se ne slažem	N	50	27	0,011
		%	33,3%	18,0%	
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	26	36	
		%	17,3%	24,0%	
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	46	48	
		%	30,7%	32,0%	
Uglavnom se odnosi na mene	N	18	32		
	%	12,0%	21,3%		
U potpunosti se odnosi na mene	N	10	7		
	%	6,7%	4,7%		
Ukupno		N	150	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja uvjeti mog budućeg života biti će idealni s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fishrovog egzaktnog testa iznosi 0,011 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta, pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima (21,3%) u odnosu na 12,0% ispitanika iz urbanih mjesta (tabela 48 i grafikon 10).

Grafikon 10: grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N=300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

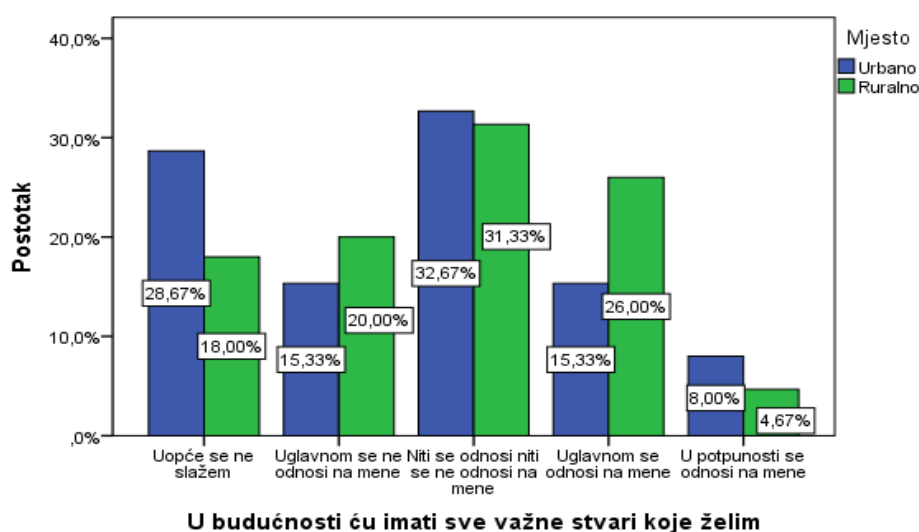
Tabela 49: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o temporalnom zadovoljstvu

(Pitanje 4. mjerenje budućeg zadovoljstva)		Mjesto		p
		Urbano	Ruralno	
U budućnosti ću imati sve važne stvari koje želim	Uopće se ne slažem	N	43	27
		%	28,7%	18,0%
	Uglavnom se ne odnosi na mene	N	23	30
		%	15,3%	20,0%
	Niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	N	49	47
		%	32,7%	31,3%
Uglavnom se odnosi na mene	N	23	39	
	%	15,3%	26,0%	
U potpunosti se odnosi na mene	N	12	7	
	%	8,0%	4,7%	
Ukupno		N	150	150
		%	100,0%	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja u budućnosti ću imati sve važne stvari koje želim s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fishrovog egzaktnog testa iznosi 0,039 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta, pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima (26,0%) u odnosu na 15,3% ispitanika iz urbanih mjesta (tabela 49 i grafikon 11).

Grafikon 11: grafički prikaz distribucije rezultata iz Upitnikana pitanje o temporalnom zadovoljstvu budućim životom na uzorku od N=300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

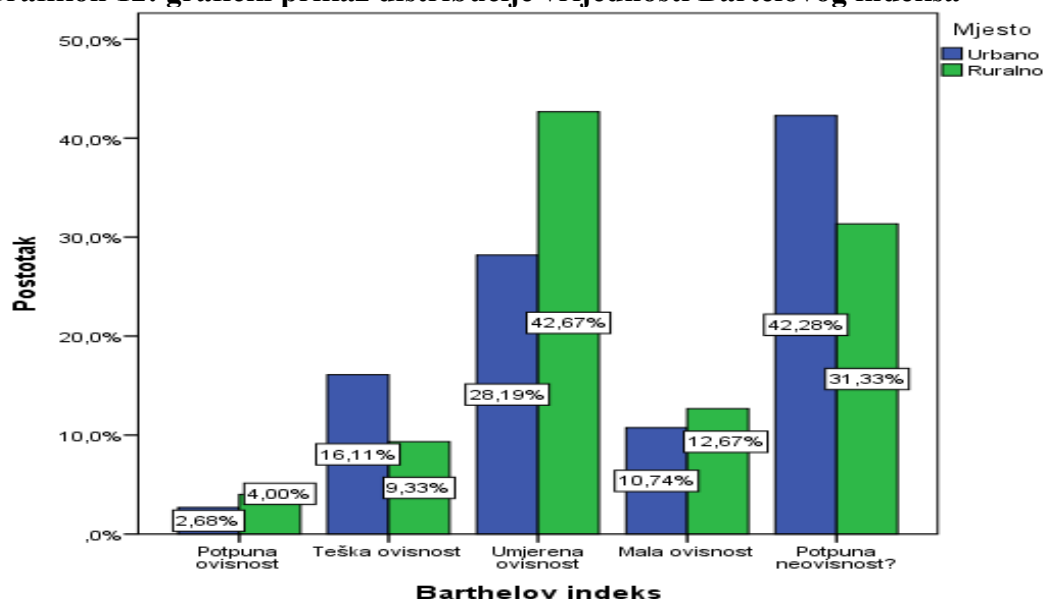
Tabela 50: Prikaz distribucije vrijednosti Bartelovog indeksa

		Mjesto		p	
		Urbano	Ruralno		
Barthelov indeks	Potpuna ovisnost	N	4	6	0,036
		%	2,7%	4,0%	
	Teška ovisnost	N	24	14	
		%	16,1%	9,3%	
	Umjerena ovisnost	N	42	64	
		%	28,2%	42,7%	
	Mala ovisnost	N	16	19	
		%	10,7%	12,7%	
	Potpuna neovisnost	N	63	47	
		%	42,3%	31,3%	
Ukupno		N	149	150	
		%	100,0%	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod Bartelovog indeksa s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fishrovog egzaktnog testa iznosi 0,036 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na vrijednost Bartelovog indeksa, pri tome je značajno veći udio ispitanika iz urbanih mjesta kod kojih je prisutna potpuna neovisnost (42,3%), umjerena ovisnost prisutnija je u ruralnim mjestima (42,7%), dok je veći udio teške ovisnosti zabilježen u urbanim mjestima (16,1%) (tabela 50 i grafikon 12).

Grafikon 12: grafički prikaz distribucije vrijednosti Bartelovog indeksa



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Slijede prikazi testiranja normalnosti distribucije

Na sljedećim ćemo stranicama prikazati testiranje normalnosti pomoću Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testa, kako bi se ustanovilo na koji su način distribuirane promatrane varijable u istraživanju, nadalje na osnovu toga odlučit će se da li će biti primjenjeno parametrijsko ili neparametrijsko testiranje. Testiranje normalnosti bit će provedeno za sve kategorije u istraživanju.

Tabela 51: Prikaz testa normalnosti Bartelovog indeksa

	Mjesto	Kolmogorov-Smirnov ^{a 8}			Shapiro-Wilk		
		Stat.	df	Sig.	Stat.	df	Sig.
Crijeva	Urbano	,390	150	,000	,676	150	,000
	Ruralno	,348	150	,000	,725	150	,000
Transfer	Urbano	,422	150	,000	,628	150	,000
	Ruralno	,383	150	,000	,664	150	,000
Mjehur	Urbano	,329	150	,000	,739	150	,000
	Ruralno	,336	150	,000	,738	150	,000
Pokretljivost	Urbano	,446	150	,000	,564	150	,000
	Ruralno	,457	150	,000	,518	150	,000
Njegovanje	Urbano	,406	150	,000	,660	150	,000
	Ruralno	,436	150	,000	,510	150	,000
Uporaba toaleta	Urbano	,438	150	,000	,621	150	,000
	Ruralno	,491	150	,000	,481	150	,000
Hranjenje	Urbano	,526	150	,000	,367	150	,000
	Ruralno	,528	150	,000	,335	150	,000
Oblačenje	Urbano	,462	150	,000	,568	150	,000
	Ruralno	,507	150	,000	,419	150	,000
Stepenice	Urbano	,413	150	,000	,662	150	,000
	Ruralno	,441	150	,000	,596	150	,000
Kupanje	Urbano	,436	150	,000	,601	150	,000
	Ruralno	,446	150	,000	,604	150	,000

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz priloženih signifikantnosti na tablici 51 može se uočiti na koji su način distribuirane signifikantnosti Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testa, dakle ukoliko je signifikantnost za pojedinu kategoriju (faktor) veća od 0,05 ($p > 0,05$) radi se o normalnoj raspodjeli, a

⁸ a. Lilliefors Significance Correction

ukoliko je signifikantnost manja od 0,05 raspodjela je drugačija od normalne. Budući da za sve promatrane kategorije razina signifikantnosti nije veća od 0,05, može se ustanoviti kako su navedene distribucije drugačije od normalnih, što indicira provedbu neparametrijskih statističkih metoda.

Tabela 52: Prikaz testa normalnosti

	Mjesto	Kolmogorov-Smirnov ^{a 9}			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fizičko zdravlje	Urbano	,065	149	,200*	,988	149	,223
	Ruralno	,092	150	,004	,980	150	,027
Psihičko zdravlje	Urbano	,103	149	,001	,974	149	,007
	Ruralno	,116	150	,000	,982	150	,053
Društveni odnosi	Urbano	,118	149	,000	,971	149	,003
	Ruralno	,117	150	,000	,958	150	,000
Utjecaj okoline	Urbano	,092	149	,004	,979	149	,023
	Ruralno	,079	150	,024	,981	150	,038
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Urbano	,101	149	,001	,965	149	,001
	Ruralno	,071	150	,060	,979	150	,019
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Urbano	,098	149	,001	,961	149	,000
	Ruralno	,112	150	,000	,977	150	,013
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Urbano	,085	149	,010	,966	149	,001
	Ruralno	,095	150	,002	,977	150	,014

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz priloženih signifikantnosti na tabeli 52 može se uočiti na koji su način distribuirane signifikantnosti Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testa. Budući da za sve promatrane kategorije razina signifikantnosti nije veća od 0,05, može se ustanoviti kako su navedene distribucije drugačije od normalnih, što indicira provedbu neparametrijskih statističkih metoda.

⁹ *. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Na tabeli 53 prikazani su deskriptivni pokazatelji za Barletov indeks kod ispitanika iz urbanih i ruralnih mjesta, na prikazanoj tablici mogu se iščitati razlike u prosječnoj vrijednosti pokazatelja u navedenim mjestima.

Tabela 53: Prikaz deskriptivnih pokazatelja (Barletov indeks)

	Mjesto	N	Aritmetička sredina	Std. devijacija
Crijeva	Urbano	150	1,5733	,59468
	Ruralno	150	1,3867	,76664
Transfer	Urbano	150	2,5867	,67741
	Ruralno	150	2,4933	,80056
Mjehur	Urbano	150	1,4333	,64938
	Ruralno	150	1,3933	,73180
Pokretljivost	Urbano	150	2,6133	,76664
	Ruralno	150	2,6600	,74031
Njegovanje	Urbano	150	,8533	,51012
	Ruralno	150	,9267	,46483
Uporaba toaleta	Urbano	150	1,6800	,59438
	Ruralno	150	1,8333	,49720
Hranjenje	Urbano	150	1,8867	,31806
	Ruralno	150	1,9000	,32253
Oblačenje	Urbano	150	1,7267	,57809
	Ruralno	150	1,8200	,47867
Stepenice	Urbano	150	1,5867	,68724
	Ruralno	150	1,6400	,63753
Kupanje	Urbano	150	,8000	,47769
	Ruralno	150	,8400	,44991

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 54: Prikaz sume rangova

	Mjesto	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Crijeva	Urbano	150	158,59	23789,00
	Ruralno	150	142,41	21361,00
	Ukupno	300		
Transfer	Urbano	150	154,10	23115,00
	Ruralno	150	146,90	22035,00
	Ukupno	300		
Mjehur	Urbano	150	151,29	22693,50

	Ruralno	150	149,71	22456,50
	Ukupno	300		
Pokretljivost	Urbano	150	148,34	22251,00
	Ruralno	150	152,66	22899,00
	Ukupno	300		
Njegovanje	Urbano	150	145,95	21892,00
	Ruralno	150	155,05	23258,00
	Ukupno	300		
Uporaba toaleta	Urbano	150	140,87	21130,00
	Ruralno	150	160,13	24020,00
	Ukupno	300		
Hranjenje	Urbano	150	149,06	22358,50
	Ruralno	150	151,94	22791,50
	Ukupno	300		
Oblačenje	Urbano	150	144,96	21744,00
	Ruralno	150	156,04	23406,00
	Ukupno	300		
Stepenice	Urbano	150	147,71	22157,00
	Ruralno	150	153,29	22993,00
	Ukupno	300		
Kupanje	Urbano	150	147,29	22094,00
	Ruralno	150	153,71	23056,00
	Ukupno	300		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 55: Testna statistika^{a 10}

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Crijeva	10036,000	21361,000	-1,848	,065
Transfer	10710,000	22035,000	-,867	,386
Mjehur	11131,500	22456,500	-,176	,860
Pokretljivost	10926,000	22251,000	-,583	,560
Njegovanje	10567,000	21892,000	-1,283	,200
Uporaba toaleta	9805,000	21130,000	-2,695	,007
Hranjenje	11033,500	22358,500	-,547	,585
Oblačenje	10419,000	21744,000	-1,643	,100
Stepenice	10832,000	22157,000	-,694	,488
Kupanje	10769,000	22094,000	-,867	,386

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

¹⁰ a. Grouping Variable: Mjesto

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *uporabu toaleta* može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p=0,007$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za *uporabu toaleta* s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta. Pri tome se na tabeli 54 može uočiti kako su rangovi viši (vrijednost odgovora je veća) za ispitanike iz ruralnih mjesta.

Tabela 56: Prikaz sume rangova (domene kvalitete života i temporalno zadovoljstvo životom)

	Mjesto	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	Urbano	150	150,40	22559,50
	Ruralno	150	150,60	22590,50
	Ukupno	300		
Psihičko zdravlje	Urbano	150	145,50	21824,50
	Ruralno	150	155,50	23325,50
	Ukupno	300		
Društveni odnosi	Urbano	150	147,41	22111,50
	Ruralno	150	153,59	23038,50
	Ukupno	300		
Utjecaj okoline	Urbano	150	142,99	21449,00
	Ruralno	150	158,01	23701,00
	Ukupno	300		
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Urbano	150	158,64	23795,50
	Ruralno	150	142,36	21354,50
	Ukupno	300		
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Urbano	149	147,73	22011,50
	Ruralno	150	152,26	22838,50
	Ukupno	299		
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Urbano	150	140,34	21051,50
	Ruralno	150	160,66	24098,50
	Ukupno	300		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 57: Prikaz testne statistike^{a11}
(domene i temporalno zadovoljstvo životom)

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Fizičko zdravlje	11234,500	22559,500	-,021	,984
Psihičko zdravlje	10499,500	21824,500	-1,002	,316
Društveni odnosi	10786,500	22111,500	-,624	,533
Utjecaj okoline	10124,000	21449,000	-1,501	,133
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	10029,500	21354,500	-1,628	,104
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	10836,500	22011,500	-,454	,650
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	9726,500	21051,500	-2,032	,042

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za temporalno zadovoljstvo budućim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p=0,042$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo budućim životom s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta. Pri tome se na tabeli 56 može uočiti kako su rangovi viši (vrijednost odgovora je veća) za ispitanike iz ruralnih mjesta.

¹¹ a. Grouping Variable: Mjesto

Testiranje unutar skupine ispitanika iz Grada Zagreba

Nadalje, bit će provedeno testiranje unutar skupine ispitanika iz grada, kako bi se uočile razlike u promatranim sociodemografskim i sociokonomskih pokazateljima, te kako bi se testirale postavljene hipoteze.

Tabela 58:Prikaz rangova

	Spol	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	muško	66	78,77	5199,00
	žensko	84	72,93	6126,00
	Ukupno	150		
Psihičko zdravlje	muško	66	80,64	5322,00
	žensko	84	71,46	6003,00
	Ukupno	150		
Društveni odnosi	muško	66	78,42	5176,00
	žensko	84	73,20	6149,00
	Ukupno	150		
Utjecaj okoline	muško	66	79,61	5254,00
	žensko	84	72,27	6071,00
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	muško	66	88,29	5827,00
	žensko	84	65,45	5498,00
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	muško	66	79,92	5274,50
	žensko	83	71,09	5900,50
	Ukupno	149		
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	muško	66	76,61	5056,00
	žensko	84	74,63	6269,00
	Ukupno	150		
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	muško	66	75,21	4964,00
	žensko	84	75,73	6361,00
	Ukupno	150		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 59: Testna statistika^{a12}

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Fizičko zdravlje	2556,000	6126,000	-,819	,413
Psihičko zdravlje	2433,000	6003,000	-1,287	,198
Društveni odnosi	2579,000	6149,000	-,737	,461
Utjecaj okoline	2501,000	6071,000	-1,028	,304
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	1928,000	5498,000	-3,203	,001
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	2414,500	5900,500	-1,244	,214
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	2699,000	6269,000	-,277	,782
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	2753,000	4964,000	-,075	,940

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za temporalno zadovoljstvo prošlim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p=0,001$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo prošlim životom s obzirom na spol ispitanika. Pri tome se na tabeli 59 može uočiti kako su rangovi viši (vrijednost odgovora je veća) za ispitanike muškog spola.

Tabela 60: Prikaz rangova (dob)

	Dob	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	65 – 75 godina	68	91,35	6211,50
	76 i više godina	82	62,36	5113,50
	Ukupno	150		
Psihičko zdravlje	65 – 75 godina	68	88,46	6015,50
	76 i više godina	82	64,75	5309,50
	Ukupno	150		
Društveni odnosi	65 – 75 godina	68	87,35	5940,00
	76 i više godina	82	65,67	5385,00
	Ukupno	150		
Utjecaj okoline	65 – 75 godina	68	82,82	5631,50
	76 i više godina	82	69,43	5693,50
	Ukupno	150		

¹² a. Grouping Variable: Spol

Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	65 – 75 godina	68	81,88	5568,00
	76 i više godina	82	70,21	5757,00
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	65 – 75 godina	67	84,25	5645,00
	76 i više godina	82	67,44	5530,00
	Ukupno	149		
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	65 – 75 godina	68	83,54	5680,50
	76 i više godina	82	68,84	5644,50
	Ukupno	150		
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	65 – 75 godina	68	92,99	6323,50
	76 i više godina	82	60,99	5001,50
	Ukupno	150		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 61: Testna statistika^{a13}

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Fizičko zdravlje	1710,500	5113,500	-4,074	,000
Psihičko zdravlje	1906,500	5309,500	-3,338	,001
Društveni odnosi	1982,000	5385,000	-3,070	,002
Utjecaj okoline	2290,500	5693,500	-1,882	,060
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	2354,000	5757,000	-1,642	,101
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	2127,000	5530,000	-2,373	,018
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	2241,500	5644,500	-2,069	,039
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	1598,500	5001,500	-4,674	,000

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, temporalno zadovoljstvo budućim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, temporalno zadovoljstvo budućim životom, ukupan

¹³ a. Grouping Variable: Dob

rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na dob ispitanika. Na tabeli 60 može uočiti kako su rangovi viši (vrijednost odgovora je veća) za ispitanike koji imaju 65 – 75 godina.

Tabela 62: Prikaz rangova

	Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	nepotpuna osnovna škola	9	44,78
	osnovna škola	29	66,10
	srednja škola	65	74,10
	viša škola	16	100,22
	fakultet	31	83,39
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	nepotpuna osnovna škola	9	35,33
	osnovna škola	29	58,98
	srednja škola	65	75,75
	viša škola	16	100,56
	fakultet	31	89,15
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	nepotpuna osnovna škola	9	38,56
	osnovna škola	29	61,64
	srednja škola	65	74,74
	viša škola	16	102,94
	fakultet	31	86,63
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	nepotpuna osnovna škola	9	41,44
	osnovna škola	29	63,90
	srednja škola	65	74,80
	viša škola	16	97,09
	fakultet	31	86,56
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	nepotpuna osnovna škola	9	26,94
	osnovna škola	29	61,16
	srednja škola	65	78,80
	viša škola	16	85,97
	fakultet	31	90,69
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	nepotpuna osnovna škola	9	42,50
	osnovna škola	29	54,98
	srednja škola	64	82,88
	viša škola	16	81,91

	fakultet	31	83,34
	Ukupno	149	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	nepotpuna osnovna škola	9	42,39
	osnovna škola	29	60,67
	srednja škola	65	82,20
	viša škola	16	90,47
	fakultet	31	77,21
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	nepotpuna osnovna škola	9	44,50
	osnovna škola	29	63,36
	srednja škola	65	81,03
	viša škola	16	88,44
	fakultet	31	77,58
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 63: Testna statistika^{a14}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	12,161	4	,016
Psihičko zdravlje	20,389	4	,000
Društveni odnosi	18,218	4	,001
Utjecaj okoline	13,632	4	,009
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	19,586	4	,001
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	15,136	4	,004
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	12,163	4	,016
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	10,173	4	,038

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, temporalno zadovoljstvo budućim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, psihičko

¹⁴ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja

zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, temporalno

zadovoljstvo budućim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na obrazovanje ispitanika. Pri tome se na tabwli 62 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji imaju višu školu ili fakultet.

Tabela 64: Prikaz rangova

	Način stanovanja	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	živim sam/sama	47	68,30
	živim sa suprugom/supružnikom	47	81,52
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	76,49
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	živim sam/sama	47	75,05
	živim sa suprugom/supružnikom	47	78,62
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	73,26
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	živim sam/sama	47	70,83
	živim sa suprugom/supružnikom	47	80,26
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	75,43
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	živim sam/sama	47	69,46
	živim sa suprugom/supružnikom	47	83,71
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	73,68
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	živim sam/sama	47	69,90
	živim sa suprugom/supružnikom	47	88,56
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	69,23
	Ukupno	150	
	živim sam/sama	46	69,51

Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	živim sa suprugom/supružnikom	47	81,93
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	73,70
	Ukupno	149	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	živim sam/sama	47	68,78
	živim sa suprugom/supružnikom	47	83,47
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	74,46
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	živim sam/sama	47	73,82
	živim sa suprugom/supružnikom	47	79,24
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	56	73,77
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 65: Testna statistika^{a15}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	2,230	2	,328
Psihičko zdravlje	,398	2	,819
Društveni odnosi	1,126	2	,569
Utjecaj okoline	2,698	2	,260
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	6,223	2	,045
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	2,018	2	,365
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	2,753	2	,252
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	,551	2	,759

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za temporalno zadovoljstvo prošlim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p=0,045$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo prošlim životom s obzirom na način stanovanja ispitanika. Pri tome se na tablici 64 može uočiti kako

¹⁵ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Način stanovanja

su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji žive sa suprugom/supružnikom.

Tabela 66: Prikaz rangova

	Bračni status	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Samac	16	54,66
	Razdvojen/a	3	88,83
	U braku	63	82,37
	U vanbračnoj zajednici	5	82,70
	Rastavljen/a	10	93,35
	Udovac/ Udovica	53	68,83
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Samac	16	61,28
	Razdvojen/a	3	93,00
	U braku	63	81,36
	U vanbračnoj zajednici	5	60,00
	Rastavljen/a	10	102,30
	Udovac/ Udovica	53	68,25
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Samac	16	63,16
	Razdvojen/a	3	101,17
	U braku	63	79,06
	U vanbračnoj zajednici	5	81,40
	Rastavljen/a	10	90,80
	Udovac/ Udovica	53	70,10
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Samac	16	53,13
	Razdvojen/a	3	110,67
	U braku	63	81,91
	U vanbračnoj zajednici	5	73,20
	Rastavljen/a	10	100,75
	Udovac/ Udovica	53	68,09
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Samac	16	67,19
	Razdvojen/a	3	108,50
	U braku	63	85,57
	U vanbračnoj zajednici	5	56,00
	Rastavljen/a	10	68,80
	Udovac/ Udovica	53	67,27

	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Samac	16	60,31
	Razdvojen/a	3	85,33
	U braku	63	83,69
	U vanbračnoj zajednici	5	62,20
	Rastavljen/a	10	90,80
	Udovac/ Udovica	52	66,59
	Ukupno	149	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Samac	16	58,69
	Razdvojen/a	3	87,83
	U braku	63	84,70
	U vanbračnoj zajednici	5	44,80
	Rastavljen/a	10	101,25
	Udovac/ Udovica	53	66,98
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Samac	16	56,22
	Razdvojen/a	3	104,83
	U braku	63	81,39
	U vanbračnoj zajednici	5	99,20
	Rastavljen/a	10	89,60
	Udovac/ Udovica	53	67,76
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 67: Testna statistika^{a16}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	8,638	5	,124
Psihičko zdravlje	9,320	5	,097
Društveni odnosi	4,999	5	,416
Utjecaj okoline	12,563	5	,028
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	8,887	5	,114
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	8,389	5	,136
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	13,581	5	,019
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	10,725	5	,057

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

¹⁶ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bračni status

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za temporalno zadovoljstvo budućim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p=0,019$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo budućim životom s obzirom na bračni status ispitanika. Na tabeli 66 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji su rastavljeni.

Tabela 68: Prikaz rangova

	Koliki je Vaš mjesečni prihod	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Od 500 kn do 2000 kn	24	69,17
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	63,72
	Od 3501 kn do 5000 kn	43	83,30
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	94,79
	Više od 6500 kn	6	108,08
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Od 500 kn do 2000 kn	24	66,67
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	66,00
	Od 3501 kn do 5000 kn	43	78,09
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	103,35
	Više od 6500 kn	6	108,33
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Od 500 kn do 2000 kn	24	71,44
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	64,45
	Od 3501 kn do 5000 kn	43	79,07
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	100,68
	Više od 6500 kn	6	105,33
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Od 500 kn do 2000 kn	24	60,71
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	71,37
	Od 3501 kn do 5000 kn	43	76,59
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	98,68
	Više od 6500 kn	6	102,50
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Od 500 kn do 2000 kn	24	64,67
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	69,13
	Od 3501 kn do 5000 kn	43	84,67
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	84,53
	Više od 6500 kn	6	91,17
	Ukupno	150	
	Od 500 kn do 2000 kn	24	62,83
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	72,62

Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Od 3501 kn do 5000 kn	42	71,37
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	99,18
	Više od 6500 kn	6	104,42
	Ukupno	149	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Od 500 kn do 2000 kn	24	62,08
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	74,62
	Od 3501 kn do 5000 kn	43	78,26
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	88,65
	Više od 6500 kn	6	81,00
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Od 500 kn do 2000 kn	24	80,15
	Od 2001 kn do 3500 kn	60	62,73
	Od 3501 kn do 5000 kn	43	83,57
	Od 5001 kn do 6500 kn	17	90,26
	Više od 6500 kn	6	84,92
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 69: Testna statistika^{a17}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	13,076	4	,011
Psihičko zdravlje	14,514	4	,006
Društveni odnosi	13,152	4	,011
Utjecaj okoline	10,549	4	,032
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	6,241	4	,182
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	10,577	4	,032
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	4,162	4	,385
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	9,951	4	,041

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje,

¹⁷ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koliki je Vaš mjesečni prihod

psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na mjesečni prihod ispitanika. Pri tome se na tabeli 68 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji imaju od 5001 kn do 6500 kn ili više od 6500 kn primanja.

Tabela 70: Prikaz rangova

	Materijalno stanje	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Mnogo lošije od prosjeka	10	62,35
	Nešto lošije od prosjeka	35	58,10
	Prosječno	84	77,73
	Nešto bolje od prosjeka	14	89,61
	Mnogo bolje od prosjeka	7	126,36
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Mnogo lošije od prosjeka	10	51,60
	Nešto lošije od prosjeka	35	56,61
	Prosječno	84	76,71
	Nešto bolje od prosjeka	14	110,21
	Mnogo bolje od prosjeka	7	120,14
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Mnogo lošije od prosjeka	10	63,20
	Nešto lošije od prosjeka	35	56,93
	Prosječno	84	78,81
	Nešto bolje od prosjeka	14	97,64
	Mnogo bolje od prosjeka	7	101,93
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Mnogo lošije od prosjeka	10	52,65
	Nešto lošije od prosjeka	35	46,81
	Prosječno	84	81,21
	Nešto bolje od prosjeka	14	103,00
	Mnogo bolje od prosjeka	7	128,07
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Mnogo lošije od prosjeka	10	60,95
	Nešto lošije od prosjeka	35	65,20
	Prosječno	84	76,30
	Nešto bolje od prosjeka	14	96,71
	Mnogo bolje od prosjeka	7	95,71
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Mnogo lošije od prosjeka	10	53,60
	Nešto lošije od prosjeka	34	69,26

	Prosječno	84	74,35
	Nešto bolje od prosjeka	14	89,86
	Mnogo bolje od prosjeka	7	111,57
	Ukupno	149	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Mnogo lošije od prosjeka	10	51,05
	Nešto lošije od prosjeka	35	70,40
	Prosječno	84	75,37
	Nešto bolje od prosjeka	14	92,64
	Mnogo bolje od prosjeka	7	103,21
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Mnogo lošije od prosjeka	10	82,75
	Nešto lošije od prosjeka	35	63,33
	Prosječno	84	77,38
	Nešto bolje od prosjeka	14	75,04
	Mnogo bolje od prosjeka	7	104,43
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 71: Testna statsitika^{a18}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	17,870	4	,001
Psihičko zdravlje	26,189	4	,000
Društveni odnosi	14,162	4	,007
Utjecaj okoline	35,472	4	,000
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	8,007	4	,091
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	9,826	4	,043
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	8,725	4	,068
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	6,812	4	,146

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako

¹⁸ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Materijalno stanje

postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom s obzirom na materijalno stanje ispitanika. Pri tome se na tabeli 70 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji navode nešto bolje od prosjeka i mnogo bolje od prosjeka.

Tabela 72: Prikaz rangova (bračno stanje)

	Bračno stanje	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Neoženjen/neudata	9	56,44
	Oženjen/ udata	64	80,09
	Udovac/udovica	60	68,86
	Rastavljen/rastavljena	13	99,00
	U izvanbračnoj zajednici	4	68,25
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Neoženjen/neudata	9	82,06
	Oženjen/ udata	64	80,86
	Udovac/udovica	60	64,73
	Rastavljen/rastavljena	13	94,12
	U izvanbračnoj zajednici	4	76,00
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Neoženjen/neudata	9	77,56
	Oženjen/ udata	64	79,90
	Udovac/udovica	60	65,96
	Rastavljen/rastavljena	13	92,08
	U izvanbračnoj zajednici	4	89,75
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Neoženjen/neudata	9	64,33
	Oženjen/ udata	64	81,88
	Udovac/udovica	60	65,08
	Rastavljen/rastavljena	13	103,08
	U izvanbračnoj zajednici	4	65,13
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Neoženjen/neudata	9	73,61
	Oženjen/ udata	64	86,37
	Udovac/udovica	60	65,71
	Rastavljen/rastavljena	13	65,62
	U izvanbračnoj zajednici	4	84,88
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Neoženjen/neudata	9	74,50
	Oženjen/ udata	64	81,88
	Udovac/udovica	59	64,64

	Rastavljen/rastavljena	13	86,96
	U izvanbračnoj zajednici	4	80,00
	Ukupno	149	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Neoženjen/neudata	9	67,39
	Oženjen/ udata	64	84,48
	Udovac/udovica	60	64,33
	Rastavljen/rastavljena	13	96,88
	U izvanbračnoj zajednici	4	48,25
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Neoženjen/neudata	9	63,11
	Oženjen/ udata	64	79,86
	Udovac/udovica	60	67,63
	Rastavljen/rastavljena	13	93,12
	U izvanbračnoj zajednici	4	94,50
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 73: Testna statistika^{a19} (bračno stanje)

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	7,784	4	,100
Psihičko zdravlje	7,294	4	,121
Društveni odnosi	5,999	4	,199
Utjecaj okoline	10,934	4	,027
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	7,964	4	,093
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	6,123	4	,190
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	11,801	4	,019
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	6,772	4	,148

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo budućim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo budućim životom s obzirom na bračno stanje ispitanika. Pri tome se na tabeli 72 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji navode kako su rastavljen/rastavljena.

¹⁹ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bračno stanje

Tabela 74: Spearmanov koeficijent korelacije

		Fizičko zdravlje	Psihičko zdravlje	Društveni odnosi	Utjecaj okoline	TZ - prošlim životom	TZ - sadašnjim životom	TZ - budućim životom	Barthelov indeks
Fizičko zdravlje	r	1,000	,724**	,493**	,694**	,352**	,510**	,388**	,628**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	149	150	150
Psihičko zdravlje	r	,724**	1,000	,693**	,795**	,460**	,661**	,502**	,506**
	p	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	149	150	150
Društveni odnosi	r	,493**	,693**	1,000	,592**	,385**	,537**	,410**	,355**
	p	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	149	150	150
Utjecaj okoline	r	,694**	,795**	,592**	1,000	,409**	,570**	,509**	,494**
	p	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	149	150	150
TZ - prošlim životom	r	,352**	,460**	,385**	,409**	1,000	,548**	,433**	,145
	p	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,076
	N	150	150	150	150	150	149	150	150
TZ - sadašnjim životom	r	,510**	,661**	,537**	,570**	,548**	1,000	,762**	,363**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	149	149	149	149	149	149	149	149
TZ - budućim životom	r	,388**	,502**	,410**	,509**	,433**	,762**	1,000	,261**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,001
	N	150	150	150	150	150	149	150	150
Barthelov indeks	r	,628**	,506**	,355**	,494**	,145	,363**	,261**	1,000
	p	,000	,000	,000	,000	,076	,000	,001	.
	N	150	150	150	150	150	149	150	150

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

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz navedene tablice 74 može se uočiti kako je razina korelacije između svih promatranih varijabli pozitivna i značajna s razinom pouzdanosti od 99%, dakle može se zaključiti kako se u većini promatranih slučajeva radi o korelacijama slabog do srednjeg intenziteta, najveće

korelacije zabilježene su između varijabli: psihičko zdravlje i utjecaj okoline ($r=0,795$; $p<0,00$), fizičko zdravlje i psihičko zdravlje ($r=0,724$; $p<0,00$) te fizičko zdravlje i utjecaj okoline ($r=0,694$; $p<0,00$).

Testiranje unutar skupine ispitanika iz ruralnih sredina

Nadalje, bit će provedeno testiranje unutar skupine ispitanika iz seoskih sredina, kako bi se uočile razlike u promatranim sociodemografskim i sociokonomskih pokazateljima, te kako bi se testirale postavljene hipoteze.

Tabela 75: Prikaz rangova skupine ruralna sredina (spol)

	Spol	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	muško	68	75,08	5105,50
	žensko	82	75,85	6219,50
	Ukupno	150		
Psihičko zdravlje	muško	68	76,82	5223,50
	žensko	82	74,41	6101,50
	Ukupno	150		
Društveni odnosi	muško	68	76,07	5172,50
	žensko	82	75,03	6152,50
	Ukupno	150		
Utjecaj okoline	muško	68	74,92	5094,50
	žensko	82	75,98	6230,50
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	muško	68	73,14	4973,50
	žensko	82	77,46	6351,50
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	muško	68	71,71	4876,50
	žensko	82	78,64	6448,50
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	muško	68	75,90	5161,00
	žensko	82	75,17	6164,00
	Ukupno	150		
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	muško	68	73,01	4965,00
	žensko	82	77,56	6360,00
	Ukupno	150		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 76: Testna statistika^{a 20}

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Fizičko zdravlje	2759,500	5105,500	-,108	,914
Psihičko zdravlje	2698,500	6101,500	-,339	,735
Društveni odnosi	2749,500	6152,500	-,148	,883
Utjecaj okoline	2748,500	5094,500	-,149	,881
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	2627,500	4973,500	-,607	,544
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	2530,500	4876,500	-,975	,330
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	2761,000	6164,000	-,102	,919
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	2619,000	4965,000	-,650	,515

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *sve promatrane varijable* (na tabeli 76) može se uočiti kako p iznosi više od 5% ($p > 0,05$), dakle može se konstatirati kako ne postoji statistički značajna razlika kod svih promatranih pokazatelja s obzirom na *spol ispitanika*.

²⁰ a. Grouping Variable: Spol

Tabela 77: Prikaz rangova (dob/ruralna)

	Dob	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	65 – 75 godina	79	82,62	6527,00
	76 i više godina	71	67,58	4798,00
	Ukupno	150		
Psihičko zdravlje	65 – 75 godina	79	81,59	6445,50
	76 i više godina	71	68,73	4879,50
	Ukupno	150		
Društveni odnosi	65 – 75 godina	79	81,90	6470,00
	76 i više godina	71	68,38	4855,00
	Ukupno	150		
Utjecaj okoline	65 – 75 godina	79	75,20	5941,00
	76 i više godina	71	75,83	5384,00
	Total	150		
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	65 – 75 godina	79	76,35	6031,50
	76 i više godina	71	74,56	5293,50
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	65 – 75 godina	79	77,63	6132,50
	76 i više godina	71	73,13	5192,50
	Ukupno	150		
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	65 – 75 godina	79	70,05	5534,00
	76 i više godina	71	81,56	5791,00
	Ukupno	150		
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	65 – 75 godina	79	92,74	7326,50
	76 i više godina	71	56,32	3998,50
	Ukupno	150		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na sljedećoj tabeli su prikazani rezultati testne statistike promatranih varijabli i dobi ispitanika.

Tabela 78: Testna statistika^{a,b}

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Fizičko zdravlje	2242,000	4798,000	-2,120	,034
Psihičko zdravlje	2323,500	4879,500	-1,817	,069
Društveni odnosi	2299,000	4855,000	-1,933	,053
Utjecaj okoline	2781,000	5941,000	-,089	,929
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	2737,500	5293,500	-,253	,801
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	2636,500	5192,500	-,634	,526
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	2374,000	5534,000	-1,624	,104
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	1442,500	3998,500	-5,227	,000

a. Grouping Variable: Dob

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za fizičko zdravlje, ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na dob ispitanika. Pri tome se na tabeli 77 može uočiti kako su rangovi viši (vrijednost odgovora je veća) za ispitanike koji imaju 65 – 75 godina.

Tabela 79: Prikaz rangova (obrazovanje/ruralna)

	Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	nepotpuna osnovna škola	42	64,96
	osnovna škola	51	75,61
	srednja škola	42	82,99
	viša škola	10	86,30
	fakultet	5	78,40
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	nepotpuna osnovna škola	42	63,90
	osnovna škola	51	77,98
	srednja škola	42	80,79
	viša škola	10	81,00
	fakultet	5	92,20

	Ukupno	150	
Društveni odnosi	nepotpuna osnovna škola	42	66,02
	osnovna škola	51	74,92
	srednja škola	42	81,44
	viša škola	10	85,30
	fakultet	5	91,50
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	nepotpuna osnovna škola	42	65,33
	osnovna škola	51	73,08
	srednja škola	42	82,96
	viša škola	10	89,70
	fakultet	5	94,50
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	nepotpuna osnovna škola	42	74,60
	osnovna škola	51	69,76
	srednja škola	42	83,13
	viša škola	10	70,55
	fakultet	5	87,40
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	nepotpuna osnovna škola	42	66,01
	osnovna škola	51	79,43
	srednja škola	42	79,02
	viša škola	10	78,15
	fakultet	5	80,20
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	nepotpuna osnovna škola	42	78,88
	osnovna škola	51	78,45
	srednja škola	42	74,46
	viša škola	10	53,50
	fakultet	5	69,70
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	nepotpuna osnovna škola	42	60,00
	osnovna škola	51	72,64
	srednja škola	42	92,99
	viša škola	10	89,95
	fakultet	5	59,10
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 80: Testna statistika^{a,b} 21

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	4,371	4	,358
Psihičko zdravlje	4,711	4	,318
Društveni odnosi	4,106	4	,392
Utjecaj okoline	5,743	4	,219
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	2,718	4	,606
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	2,809	4	,590
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	3,181	4	,528
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	14,752	4	,005

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p=0,005$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na najvišu razina završenog obrazovanja. Pri tome se na tabeli 79 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji imaju srednju školu.

Tabela 81: Prikaz rangova (način stanovanja/ruralna)

	Način stanovanja	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	živim sam/sama	41	75,43
	živim sa suprugom/supružnikom	43	74,74
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	76,04
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	živim sam/sama	41	75,70
	živim sa suprugom/supružnikom	43	73,55
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	76,65
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	živim sam/sama	41	69,63

²¹ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja

	živim sa suprugom/supružnikom	43	75,27
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	79,30
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	živim sam/sama	41	67,04
	živim sa suprugom/supružnikom	43	74,56
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	81,37
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	živim sam/sama	41	75,26
	živim sa suprugom/supružnikom	43	71,67
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	78,14
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	živim sam/sama	41	57,51
	živim sa suprugom/supružnikom	43	70,17
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	90,14
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	živim sam/sama	41	63,91
	živim sa suprugom/supružnikom	43	74,33
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	83,46
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	živim sam/sama	41	68,96
	živim sa suprugom/supružnikom	43	74,21
	živim s obitelji i ostalim članovima obitelji	66	80,40
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 82: Testna statistika^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	,023	2	,988
Psihičko zdravlje	,135	2	,935
Društveni odnosi	1,292	2	,524
Utjecaj okoline	2,791	2	,248
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	,581	2	,748
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	15,259	2	,000
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	5,187	2	,075
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	1,878	2	,391

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Način stanovanja

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p=0,000$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom s obzirom na način stanovanja. Pri tome se na tabeli 81 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji žive s obitelji i ostalim članovima obitelji.

Tabela 83: Prikaz rangova (bračno stanje/ruralna)

	Bračni status	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Samac	10	70,30
	Razdvojen/a	5	107,10
	U braku	64	77,60
	U vanbračnoj zajednici	3	51,67
	Rastavljen/a	6	92,50
	Udovac/ Udovica	62	71,13
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Samac	10	61,45
	Razdvojen/a	5	108,80
	U braku	64	77,41
	U vanbračnoj zajednici	3	41,67
	Rastavljen/a	6	88,33
	Udovac/ Udovica	62	73,50
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Samac	10	75,35
	Razdvojen/a	5	96,70
	U braku	64	78,26

	U vanbračnoj zajednici	3	61,33
	Rastavljen/a	6	117,67
	Udovac/ Udovica	62	67,57
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Samac	10	63,15
	Razdvojen/a	5	99,10
	U braku	64	78,98
	U vanbračnoj zajednici	3	61,50
	Rastavljen/a	6	79,33
	Udovac/ Udovica	62	72,31
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Samac	10	66,85
	Razdvojen/a	5	102,50
	U braku	64	78,96
	U vanbračnoj zajednici	3	19,67
	Rastavljen/a	6	92,17
	Udovac/ Udovica	62	72,23
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Samac	10	48,95
	Razdvojen/a	5	88,60
	U braku	64	80,68
	U vanbračnoj zajednici	3	19,00
	Rastavljen/a	6	72,58
	Udovac/ Udovica	62	76,40
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Samac	10	63,35
	Razdvojen/a	5	107,10
	U braku	64	73,56
	U vanbračnoj zajednici	3	25,33
	Rastavljen/a	6	65,92
	Udovac/ Udovica	62	80,27
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Samac	10	76,75
	Razdvojen/a	5	83,10
	U braku	64	85,37
	U vanbračnoj zajednici	3	47,00
	Rastavljen/a	6	74,83
	Udovac/ Udovica	62	65,94
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 84: Testna statistika^{a,b22}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	5,403	5	,369
Psihičko zdravlje	6,627	5	,250
Društveni odnosi	9,785	5	,082
Utjecaj okoline	3,398	5	,639
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	8,957	5	,111
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	10,284	5	,068
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	8,632	5	,125
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	8,061	5	,153

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za sve promatrane varijable (na tabeli 84) može se uočiti kako p iznosi više od 5% ($p > 0,05$), dakle može se konstatirati kako ne postoji statistički značajna razlika kod svih promatranih pokazatelja s obzirom na bračni status ispitanika.

Tabela 85: Prikaz rangova (mjesečni prihod/ruralna)

	Koliki je Vaš mjesečni prihod	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Od 500 kn do 2000 kn	60	65,18
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	74,31
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	90,06
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	107,36
	Više od 6500 kn	1	144,50
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Od 500 kn do 2000 kn	60	63,68
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	75,44
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	92,76
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	101,50
	Više od 6500 kn	1	140,50
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Od 500 kn do 2000 kn	60	70,14
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	71,57
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	82,59
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	114,71
	Više od 6500 kn	1	147,00
	Ukupno	150	

²² a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bračni status

Utjecaj okoline	Od 500 kn do 2000 kn	60	62,82
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	74,61
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	97,00
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	108,71
	Više od 6500 kn	1	72,50
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Od 500 kn do 2000 kn	60	68,95
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	77,55
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	88,28
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	73,07
	Više od 6500 kn	1	27,50
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Od 500 kn do 2000 kn	60	67,37
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	73,30
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	86,63
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	114,64
	Više od 6500 kn	1	110,00
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Od 500 kn do 2000 kn	60	73,73
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	76,75
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	75,15
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	83,86
	Više od 6500 kn	1	64,00
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Od 500 kn do 2000 kn	60	70,43
	Od 2001 kn do 3500 kn	55	72,65
	Od 3501 kn do 5000 kn	27	78,54
	Od 5001 kn do 6500 kn	7	122,29
	Više od 6500 kn	1	127,00
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 86: Testna statistika^{a,b23}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	12,784	4	,012
Psihičko zdravlje	13,543	4	,009
Društveni odnosi	10,826	4	,029
Utjecaj okoline	15,900	4	,003
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	5,085	4	,279
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	10,387	4	,034
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	,479	4	,976
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	11,132	4	,025

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na mjesečni prihod. Pri tome se na tabeli 85 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji imaju od 5001 kn do 6500 kn i više od 6500 kn prihoda.

²³ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koliki je Vaš mjesečni prihod

Tabela 87:Prikaz rangova (materijalno stanje/ruralna)

	Materijalno stanje	N	Aritmetička sredina
Fizičko zdravlje	Mnogo lošije od prosjeka	12	49,92
	Nešto lošije od prosjeka	35	59,47
	Prosječno	91	81,68
	Nešto bolje od prosjeka	12	101,00
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Mnogo lošije od prosjeka	12	44,38
	Nešto lošije od prosjeka	35	58,41
	Prosječno	91	82,97
	Nešto bolje od prosjeka	12	99,83
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Mnogo lošije od prosjeka	12	53,04
	Nešto lošije od prosjeka	35	58,87
	Prosječno	91	82,93
	Nešto bolje od prosjeka	12	90,13
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Mnogo lošije od prosjeka	12	34,83
	Nešto lošije od prosjeka	35	46,24
	Prosječno	91	86,46
	Nešto bolje od prosjeka	12	118,42
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Mnogo lošije od prosjeka	12	64,25
	Nešto lošije od prosjeka	35	59,49
	Prosječno	91	80,12
	Nešto bolje od prosjeka	12	98,46
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Mnogo lošije od prosjeka	12	44,29
	Nešto lošije od prosjeka	35	57,63
	Prosječno	91	82,34
	Nešto bolje od prosjeka	12	106,96
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Mnogo lošije od prosjeka	12	56,71
	Nešto lošije od prosjeka	35	56,10
	Prosječno	91	82,79
	Nešto bolje od prosjeka	12	95,63
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Mnogo lošije od prosjeka	12	86,17
	Nešto lošije od prosjeka	35	73,06
	Prosječno	91	74,68
	Nešto bolje od prosjeka	12	78,21
	Ukupno	150	

Tabela 88: Testna statistika^{a,b24}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	14,941	3	,002
Psihičko zdravlje	18,147	3	,000
Društveni odnosi	12,746	3	,005
Utjecaj okoline	44,035	3	,000
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	9,978	3	,019
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	20,779	3	,000
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	14,424	3	,002
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	,949	3	,813

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, temporalno zadovoljstvo budućim životom može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, temporalno zadovoljstvo budućim životom s obzirom na materijalno stanje. Pri tome se na tabeli 87 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike čije je materijalno stanje prosječno ili nešto bolje od prosjeka.

²⁴ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Materijalno stanje

Tabela 89: Prikaz rangova (bračno stanje/ruralna)

	Bračno stanje	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Neoženjen/neudata	6	71,25
	Oženjen/ udata	64	77,60
	Udovac/udovica	66	71,23
	Rastavljen/rastavljena	10	96,15
	U izvanbračnoj zajednici	4	67,00
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Neoženjen/neudata	6	57,33
	Oženjen/ udata	64	77,22
	Udovac/udovica	66	73,48
	Rastavljen/rastavljena	10	94,10
	U izvanbračnoj zajednici	4	62,13
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Neoženjen/neudata	6	64,17
	Oženjen/ udata	64	77,78
	Udovac/udovica	66	69,98
	Rastavljen/rastavljena	10	110,50
	U izvanbračnoj zajednici	4	59,50
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Neoženjen/neudata	6	54,33
	Oženjen/ udata	64	79,28
	Udovac/udovica	66	72,14
	Rastavljen/rastavljena	10	87,95
	U izvanbračnoj zajednici	4	71,13
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Neoženjen/neudata	6	68,67
	Oženjen/ udata	64	79,30
	Udovac/udovica	66	72,00
	Rastavljen/rastavljena	10	93,00
	U izvanbračnoj zajednici	4	39,00
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Neoženjen/neudata	6	28,33
	Oženjen/ udata	64	80,68
	Udovac/udovica	66	76,61
	Rastavljen/rastavljena	10	79,55
	U izvanbračnoj zajednici	4	35,00
	Ukupno	150	
	Neoženjen/neudata	6	52,58
	Oženjen/ udata	64	73,44

Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Udovac/udovica	66	81,07
	Rastavljen/rastavljena	10	73,80
	U izvanbračnoj zajednici	4	55,25
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Neoženjen/neudata	6	59,75
	Oženjen/ udata	64	86,39
	Udovac/udovica	66	66,90
	Rastavljen/rastavljena	10	82,55
	U izvanbračnoj zajednici	4	49,13
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 90: Testna statistika^{a,b} 25

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	3,265	4	,514
Psihičko zdravlje	3,528	4	,474
Društveni odnosi	8,956	4	,062
Utjecaj okoline	3,177	4	,529
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	5,533	4	,237
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	11,653	4	,020
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	3,799	4	,434
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	9,494	4	,050

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom i ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom i ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na bračno stanje. Pri tome se na tabeli 89 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike koji su uženjen/ udata.

²⁵ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bračno stanje

Tabela 91: Spearmanov koeficijent korelacije

		Fizičko zdravlje	Psihičko zdravlje	Društveni odnosi	Utjecaj okoline	TZ - prošlim životom	TZ - sadašnjim životom	TZ - budućim životom	Barthelov indeks
Fizičko zdravlje	r	1,000	,811**	,618**	,659**	,337**	,604**	,547**	,488**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150
Psihičko zdravlje	r	,811**	1,000	,645**	,697**	,331**	,628**	,534**	,373**
	p	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150
Društveni odnosi	r	,618**	,645**	1,000	,620**	,339**	,486**	,418**	,288**
	p	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150
Utjecaj okoline	r	,659**	,697**	,620**	1,000	,429**	,702**	,565**	,274**
	p	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,001
	N	150	150	150	150	150	150	150	150
TZ - prošlim životom	r	,337**	,331**	,339**	,429**	1,000	,475**	,479**	,157
	p	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,056
	N	150	150	150	150	150	150	150	150
TZ - sadašnjim životom	r	,604**	,628**	,486**	,702**	,475**	1,000	,772**	,376**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150
TZ - budućim životom	r	,547**	,534**	,418**	,565**	,479**	,772**	1,000	,195*
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,017
	N	150	150	150	150	150	150	150	150
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	r	,488**	,373**	,288**	,274**	,157	,376**	,195*	1,000
	p	,000	,000	,000	,001	,056	,000	,017	.
	N	150	150	150	150	150	150	150	150

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

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

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz navedene tabele 91 može se uočiti kako je razina korelacije između svih promatranih varijabli pozitivna i značajna s razinom pouzdanosti barem 95%, dakle može se zaključiti kako se u većini promatranih slučajeva radi o korelacijama slabog do srednjeg intenziteta, najveće korelacije zabilježene su između varijabli: fizičko zdravlje i psihičko zdravlje ($r=0,811$; $p<0,00$), TZ - sadašnjim životom i TZ - budućim životom ($r=0,772$; $p<0,00$), te utjecaj okoline i TZ - sadašnjim životom ($r=0,702$; $p<0,00$).

Nadalje, na tabeli 92 bit će prikazane razlike za sve promatrane županije, kako bi se uočilo kod kojih je županija uočena najviša i najniža razlika u odgovorima na promatrane kategorije analize.

Tabela 92: Prikaz rangova (po županijama)

	Županija	N	Aritmetička sredina
Fizičko zdravlje	Bjelovarsko-bilogorska	50	160,92
	Krapinsko - zagorska	50	152,35
	Ličko-senjska	50	138,54
	Zagreb	150	150,40
	Ukupno	300	
Psihičko zdravlje	Bjelovarsko-bilogorska	50	167,58
	Krapinsko - zagorska	50	158,98
	Ličko-senjska	50	139,95
	Zagreb	150	145,50
	Ukupno	300	
Društveni odnosi	Bjelovarsko-bilogorska	50	150,76
	Krapinsko - zagorska	50	175,95
	Ličko-senjska	50	134,06
	Zagreb	150	147,41
	Ukupno	300	
Utjecaj okoline	Bjelovarsko-bilogorska	50	166,42
	Krapinsko - zagorska	50	170,79
	Ličko-senjska	50	136,81
	Zagreb	150	142,99
	Ukupno	300	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Bjelovarsko-bilogorska	50	165,62
	Krapinsko - zagorska	50	143,04
	Ličko-senjska	50	118,43
	Zagreb	150	158,64
	Ukupno	300	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Bjelovarsko-bilogorska	50	159,03
	Krapinsko - zagorska	50	169,86
	Ličko-senjska	50	127,88
	Zagreb	149	147,73
	Ukupno	299	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Bjelovarsko-bilogorska	50	155,77
	Krapinsko - zagorska	50	167,27
	Ličko-senjska	50	158,93
	Zagreb	150	140,34
	Ukupno	300	

Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Bjelovarsko-bilogorska	50	173,76
	Krapinsko - zagorska	50	163,44
	Ličko-senjska	50	100,07
	Zagreb	150	155,24
	Ukupno	300	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 93: Testna statistika^{a,b26}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	1,699	3	,637
Psihičko zdravlje	3,676	3	,299
Društveni odnosi	6,430	3	,092
Utjecaj okoline	6,809	3	,078
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	10,081	3	,018
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	6,588	3	,086
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	4,602	3	,203
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	23,302	3	,000

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za temporalno zadovoljstvo prošlim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo prošlim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na promatrane županije. Pri tome se na tablici 97 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike iz Bjelovarsko-bilogorske županije.

Nadalje, bit će provedeno testiranje kako bi se uočile razlike između promatranih ispitanika u ruralnim županijama, na tabeli 94 prikazani su pripadajući rangovi.

²⁶ a. Kruskal Wallis Test
b. Grouping Variable: Županija

Tabela 94: Prikaz rangova (po županijama)

	Županija	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	Bjelovarsko-bilogorska	50	80,51
	Krapinsko - zagorska	50	76,30
	Ličko-senjska	50	69,69
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	Bjelovarsko-bilogorska	50	81,76
	Krapinsko - zagorska	50	77,19
	Ličko-senjska	50	67,55
	Ukupno	150	
Društveni odnosi	Bjelovarsko-bilogorska	50	73,81
	Krapinsko - zagorska	50	87,63
	Ličko-senjska	50	65,06
	Ukupno	150	
Utjecaj okoline	Bjelovarsko-bilogorska	50	79,35
	Krapinsko - zagorska	50	81,64
	Ličko-senjska	50	65,51
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	Bjelovarsko-bilogorska	50	88,11
	Krapinsko - zagorska	50	75,26
	Ličko-senjska	50	63,13
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	Bjelovarsko-bilogorska	50	79,30
	Krapinsko - zagorska	50	84,68
	Ličko-senjska	50	62,52
	Ukupno	150	
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	Bjelovarsko-bilogorska	50	72,43
	Krapinsko - zagorska	50	79,20
	Ličko-senjska	50	74,87
	Ukupno	150	
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	Bjelovarsko-bilogorska	50	91,01
	Krapinsko - zagorska	50	84,85
	Ličko-senjska	50	50,64
	Ukupno	150	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tabela 95: Testna statistika^{a,b27}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	1,581	2	,454
Psihičko zdravlje	2,807	2	,246
Društveni odnosi	7,078	2	,029
Utjecaj okoline	4,049	2	,132
Temporalno zadovoljstvo prošlim životom	8,300	2	,016
Temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom	7,118	2	,028
Temporalno zadovoljstvo budućim životom	,626	2	,731
Ukupan rezultat (Barthelov indeks)	26,050	2	,000

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za društvene odnose, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) može se uočiti kako p iznosi manje od 5% ($p < 0,05$), dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za društvene odnose, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, ukupan rezultat (Barthelov indeks) s obzirom na promatrane županije.

Pri tome se na tablici 94 može uočiti kako su rangovi kod društvenih odnosa i temporalnog zadovoljstvo sadašnjim životom najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike iz Krapinsko - zagorske županije.

Dok su su rangovi kod temporalnog zadovoljstva prošlim životom, ukupnog rezultata (Barthelov indeks) najviši (vrijednost odgovora je najveća) za ispitanike iz Bjelovarsko-bilogorske županije.

²⁷ a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Županija

3.5 Rasprava

Kvaliteta života je multidimenzionalni koncept što se pojednostavljeno može objasniti definicijom Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) koja navodi da je kvaliteta života: „Percepcija pojedinaca o njihovom položaju u životu kroz kontekst kulturoloških i vrijednosnih sistema u kojem žive te u odnosu na njihove ciljeve, standarde i potrebe“ (WHO 1998a, 3). Da su područja procjene kvalitete života višedimenzionalna, govori i podatak Flash Eurobarometra koji je objavio rezultate petog istraživanja o „Percepciji kvalitete života u europskim gradovima“. Istraživanje je provedeno 2015. godine u ukupno 79 europskih gradova u svim državama članicama Europske unije (EU) te na Islandu, u Norveškoj, Švicarskoj i Turskoj. Iako je većina ispitanika, a bilo ih je 40 000, zadovoljna raznim aspektima života u gradu, ipak smatraju da kvalitetu života narušavaju tri važna indikatora: zdravstvena skrb, nezaposlenost i obrazovanje (European Commission – Info regio, 2015). Osnovni cilj disertacije je ispitati kvalitetu života u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru. Ruralni prostor se može tumačiti kroz različite diskurse i pojmove, uključujući političke, znanstvene, laičke i sl. (Lukić 2010, 51). Sociolog Mormont Marc u akademskom diskursu govori da se pojam ruralnosti pojavio u 20. stoljeću tridesetih godina u vrijeme kada su seoska područja prolazila kroz promjene vezane uz industrijalizaciju i migraciju seoskog stanovništva u gradove (Woods 2004, 4). Dok Štambuk ruralnost shvaća kao „seosku zajednicu ili pripadnost selu, odnosno pripadnost ruralnom prostoru“ (Štambuk 1993, 173), Šundalić kroz sociološku paradigmu ruralnost shvaća kao prostor slabije naseljenosti u kojemu prevladava šumarska i poljoprivredna djelatnost, te prostor u kojemu vladaju kulture koje nisu svodive na masovnu kulturu, odnosno kao prostor gdje ljudi prakticiraju i žive u boljoj interakciji jedni s drugima (Šundalić 2006b, 206-207). Lukić navodi da život u ruralnom prostoru obuhvaća individualne osobitosti i socijalne potrebe te da postoji različitost kulture života za pojedince među različitim skupinama (Lukić 2010, 64). Definicije ruralnih područja u pravilu su deskriptivne, a temeljna razlika u deskriptivnom smislu između ruralnih i urbanih područja jest mjerljiva prostorna granica na temelju socijalnih, ekonomskih i fizionomskih čimbenika, kao što je gustoća naseljenosti broja stanovnika određenog područja izvan gradske aglomeracije (Lukić 2010, 57, 6). Višedimenzionalnost ruralno-urbano za Woodsa jest razumijevanje urbanosti i ruralnosti kao stanja svijesti (Woods 2005, 11). Na osobno razvijanje i prilagođavanje svakog pojedinca neposredno utječe okolina u kojoj osoba živi i prostor gdje je ta okolina smještena (Kuzma idr. 2018, 14). Među nekim narodima i danas vlada tradicija suživota roditelja sa

najstarijim sinom i njegovom obitelji. Ovakav odnos se smatra normalna dužnost i osigurava brigu djeteta o potrebama svojih roditelja, time se u Indiji ujedno i njeguje kultura poštovanja starijih osoba (Parker 2015, 92).

Ciljevi doktorske disertacije su istraživanjem ustanoviti kvalitetu života kod starije hrvatske populacije i istražiti postoje li razlike u pokazateljima kvalitete života, ovisno o tome žive li osobe u ruralnom ili urbanom prostoru. U istraživanju je sudjelovalo tristo starijih osoba (N = 300), a ispitanici su grupirani u dvije skupine odnosno 50,0 % ispitanika iz urbanih mjesta i 50,0 % ispitanika iz ruralnih mjesta. Prvu skupinu ispitanika činilo je sto pedeset (N = 150) predstavnica urbane sredine, što je udio od 50 % osoba starijih od 65 godina i više s područja Grada Zagreba, dok je drugu skupinu činilo sto pedeset (N = 150) ispitanika, predstavnika ruralne sredine s područja tri županije: Krapinsko-zagorske županije (N = 50), Ličko-senjske (N = 50) i Bjelovarsko-bilogorske županije (N = 50), što čini 16,7 % pojedine županije.

U disertaciji su postavljene sljedeće hipoteze:

H1: Postoje razlike u pojedinim pokazateljima kvalitete života kod starijih ljudi ovisno živi li osoba u urbanoj ili ruralnoj sredini.

H2: Postoji razlika u kvaliteti života kod starijih ljudi koji žive u ruralnom i urbanom prostoru s obzirom na promatrane sociodemografske varijable, uključujući usporedbe i prema kronološkoj dobi ispitanika.

H3: Postoji razlika u kvaliteti života kod starijih ljudi koji žive u ruralnom i urbanom prostoru s obzirom na promatrane socioekonomske varijable.

H4: Postoji statistički značajna povezanost između pojedinih varijabli kvalitete života i indeksa aktivnosti u svakodnevnom životu i zadovoljstva životom (grafikon 1).

Istraživanje je pokazalo da veći dio ispitanika iz Zagreba živi u stambenom objektu (N = 77), što čini 51,3 %. U obiteljskoj kući živi (N = 73) ispitanika, što čini 48,7 %. Nasuprot tome, veći dio ispitanika iz ruralne sredine živi u obiteljskoj kući (N = 141), odnosno 94 %, što je i za očekivati s obzirom na to da se radi o ruralnom dijelu Republike Hrvatske. Prema statističkim podacima o stanovanju u zemljama Europske unije, što se tiče vrste statusa stanovanja, odnosno stambenog objekta, udio osoba koje stanuju u samostojećim kućama bio je najveći u Hrvatskoj (73,4 %).²⁸ U ovom istraživanju kod promatranih skupina s obzirom na promatrani oblik stanovanja uočena je statistički značajna razlika, vrijednost iznosi 0,000 ($p < 0,05$) (tabela 1).

²⁸ *zvor:* Eurostat (ilc_lvho02) http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=ilc_lvho01&lang=en

Distribucija ispitanika prema spolu pokazuje da nema statističkih značajnih razlika među promatranim skupinama definiranih područja. Ispitanici muškog spola iz urbane sredine činili su 44,0 % (N = 66), a iz ruralne sredine 45,3 % (N = 68). Ispitanice iz urbane sredine činile su 56,0 % (N = 84), a iz ruralne sredine 54,7 % (N = 82). Takav rezultat je i za očekivati s obzirom na to da se pri odabiru reprezentativnog uzorkovanja nastojalo uključiti jednaki broj ispitanika oba spola iz obje promatrane skupine.

Prilikom obrade podataka ispitanici s oba područja (ruralnog/urbanog) grupirani su u dvije skupine prema kronološkoj dobi. Razlog definiranja podskupina u ispitanika je taj da se omogući precizniji prikaz kvalitete života s protokom životne dobi. Veći broj razvijenih zemalja svijeta prihvatile su definiciju da je kronološka dob ljudi od 65 godina starija osoba (Kowal i Dowd, 2001), a prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji starija životna dob je podijeljena u tri skupine, rana od 65 do 74. godine, srednja od 75 do 84 godine i duboka starost od 85 i više godina. Ovim istraživanjem u prvu skupinu svrstani su ispitanici oba spola u dobi od 65 do 74 godina, a u drugu skupinu ispitanici od 75 i više godina. Iz dobivenih rezultata može se utvrditi da su ispitanici iz urbane sredine u dobi od 65 do 74 godine činili 45,3 % (N = 68), a iz ruralne sredine 52,3 % (N = 79). Ispitanice iz urbane sredine u dobi od 75 i više godina činile su 54,7 % (N = 82), a iz ruralne sredine nešto manje, 47,3 % (N = 71). Može se reći da distribucija ispitanika prema dobi nije pokazala statistički značajne razlike kod promatranih varijabli. U mnogim istraživanjima često se navodi pozitivna korelacija dobi i kvalitete života. U istraživanju Lučev i Tadinac (2010b, 283) dob se spominje kao statistički značajni pokazatelj kvalitete života i negativno korelira sa zadovoljstvom života općenito. Zbog neizbježnih fizioloških procesa starenja, posljedica kronične bolesti, pada funkcionalne sposobnosti i nastanka degenerativnih promjena s rastom dobi povećava se broj starije populacije kojima je potrebna pomoć druge osobe (Železnik idr. 2011, 10). Dob se pokazuje kao značajan prediktor općeg zadovoljstva životom samo kod skupine osoba starije životne dobi, navodi Penezić (2006, 660) u svom istraživanju.

Analiza podataka o stupnju obrazovanja potvrdila je da najviše ispitanika iz urbane sredine ima završenu srednju školu (N = 65) odnosno 43,3 %, dok je najveći udio među ispitanicima iz ruralne sredine onih koji su završili osnovnu školu (N = 51), odnosno 43,3 %. Razlika u obrazovanju među promatranim skupinama je među ispitanicima koji imaju nepotpunu osnovnu školu, pri čemu je značajno veći udio ispitanika koji imaju nepotpunu osnovnu

školu u ruralnim mjestima ($N = 42$), odnosno 28,0 %, u odnosu na samo devet ($N = 9$) ili 6,0 % ispitanika iz urbane sredine. Jednako tako može se utvrditi da 20,7 % ($N = 31$) ispitanika iz urbanih mjesta ima fakultet u odnosu na samo tri ($N = 3$), što je 3,3 % ispitanika iz ruralnih mjesta. Analizom rezultata uočena je statistički značajna razlika u stupnju obrazovanja kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta ($p < 0,05$) (grafikon 2). Da razina obrazovanja može utjecati na neke od pokazatelja kvalitete života, potvrđuje istraživanje u Chicagu među 3.005 osoba u dobi od 57 do 85 godina. Isto je pokazalo da se starije osobe koje imaju završeni fakultet mnogo bolje osjećaju s obzirom na fizičko zdravlje jer su društveno povezani ($t = 15.06$, $p < .001$), a time svoju izoliranost procjenjuju nižom ($t = 5.25$, $p < .001$) u odnosu na starije osobe koje nemaju fakultetsko obrazovanje (Cornwell i Waite 2009, 10).

U gradovima manje baka i djedova žive u obiteljima svojih potomaka jer nuklearne obitelji od samog početka njihova osnutka žive odvojeno, što se odražava na skrb i kvalitetu života starijih članova (Benc idr. 2004, 31). Tradicionalna obitelj je pod snažnim utjecajem demografskih promjena i društvenih zbivanja, urbanizacije modernih društava. Obitelj kontinuirano doživljava promjene i često je mala obitelj s tek dva naraštaja. Trend je da odrasla djeca ne stanuju sa svojim roditeljima, a samim time je sve veći broj starijih ljudi koji žive sami (Cicak 2010, 111). Treba napomenuti da se i dalje kao najsnažniji izvor podrške starijim ljudima upravo navodi obitelj. Na varijabli o načinu stanovanja/strukturi obitelji, odnosno o stanovanju u suživotu s drugima, dobiveni su sljedeći rezultati. Najveći broj je onih koji žive s obitelji i ostalim članovima obitelji, u urbanoj sredini njih 37,3 % ($N = 56$), a u ruralnoj sredini njih 44,0 % ($N = 66$), dok je najmanji broj onih koji žive sami, točnije u urbanoj sredini njih 33,3 % ($N = 47$), a u ruralnoj sredini njih 27,3 % ($N = 41$). Kod promatranih skupina nije uočena statistički značajna razlika u promatranoj varijabli. Struktura obitelji navodi se kao važan pokazatelj kvalitete života. Tako Imanishi idr. (2015, 381) u svom istraživanju navode da je struktura obitelji na drugom mjestu po učestalosti u procjeni kvalitete života starijih ljudi. Erik Erikson je u teoriji psihosocijalnog razvoja proširio teoriju svog učitelja Freuda na čitav životni vijek čovjeka. Erikson opisuje psihosocijalni razvoj s naglaskom na to da je međugeneracijski suživot povezan s kvalitetom života u starosti (Erikson 2008, 167–170).

Analizom dobivenih rezultata pokazalo se da je među ispitanicima najviše udovica/udovaca, u urbanoj sredini njih 35,3 % ($N = 53$), a u ruralnoj sredini njih 41,3 % ($N = 62$), dok je najmanji broj onih koji žive u izvanbračnoj zajednici. Točnije, u urbanoj sredini njih samo

3,3 % (N = 5), a u ruralnoj sredini njih 2,0 % (N = 3). Također, utvrđeno je da je samaca i onih koji su rastavljeni u obje promatrane skupine ispod 10 %. Dobiveni rezultati upućuju da se ovim istraživanjem pokazalo da kod bračnog statusa ispitanika iz urbanih i ruralnih mjesta nije uočena statistički značajna razlika. U mnogim istraživanjima bračni status može utjecati na usamljenost. Jedno od takvih istraživanja pokazalo je da je usamljenost najviše bila zastupljena kod osoba bez supružnika, u odnosu na one osobe koje žive s partnerom i/ili ostalim članovima uže obitelji, navodi Vuletić (2013, 52). Prema Phillipson obiteljski život u starijoj dobi znatno smanjuje socijalnu isključenost. Nadalje, isti izvor navodi da bračni partneri prvenstveno očekuju pomoć svojih partnera i oni ih prepoznaju kao prve osobe kojima se obraćaju kada im je potrebna pomoć (Phillipson idr. 2002 i Phillipson 2017, 169–171). Da bračni život ima utjecaj na kvalitetu života, pokazuje i istraživanje Goldsena i suradnika koji su utvrdili da se zdravlje i kvaliteta života pokazala najlošijom kod samaca. Kod žena koje su udate ili žive s partnerom, pokazalo se da imaju bolje zdravlje, niže stope invaliditeta i bolju kvalitetu života na svim područjima života u usporedbi s onima koje žive same. Kod oženjenih muškaraca također je procijenjena bolja kvaliteta života (Goldsen idr. 2017).

Koliko mjesečni prihod ima utjecaja na kvalitetu života ukazuje istraživanje koje je provedeno u zemljama Europske unije (EU): Finskoj, Švedskoj, Velikoj Britaniji, Nizozemskoj, Njemačkoj, Portugalu, Španjolskoj, Mađarskoj i Bugarskoj. Isto je provedeno s ciljem ispitivanja utjecaja kvalitete rada i uvjeta rada na kvalitetu života. Rezultati istraživanja pokazali su da osobe koje žive u zemljama s boljim standardom pokazuju veće zadovoljstvo životom jer im dohodak osigurava ekonomsku sigurnost, što se prepoznaje kao ključni element koji na neposredan način utječe na kvalitetu života (Drobnič idr. 2010, 224–4).

U našem istraživanju pri mjerenju mjesečnog prihoda kod promatranih skupina uočena je statistički značajna razlika, pri čemu je značajno veći udio ispitanika koji imaju primanja od 500 HRK do 2000 HRK u ruralnim mjestima, ukupno njih 40,0 % (N = 60) u odnosu na 16,0 % (N = 24) ispitanika iz urbanih mjesta (grafikon 3). Utvrđeno je da se mjesečni prihod kod znatnog broja starijih ljudi iz promatranih prostora nalazi u okvirima hrvatskog prosjeka mirovina koja iznosi 2.317,90 kuna ²⁹. Mjesečni prihod od 2001 HRK do 3500 HRK je kod

²⁹ Statističke informacije Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje objavljuju se tromjesečno u digitalnom obliku www.mirovinsko.hr ISSN 1334-806X Zagreb, veljača 2018.

40,0 % (N = 60) starijih ljudi urbanoj sredini, dok je kod 36,7 % (N = 55) starijih osoba iz ruralne sredine. Također se pokazalo da je mjesečni prihod iznad hrvatskog prosjeka mirovina više zastupljen kod starije populacije iz urbane sredine (28 %), u odnosu na starije ljude iz ruralne sredine (18 %). O prednostima i nedostacima subjektivnih pokazatelja kao mjera za istraživanje koncepta kvalitete života Slavuj u radu napominje kako percepcija pojedinca ne mora biti nužno povezana s objektivnim pokazateljem, i kao primjer navodi da razina zadovoljstva mjesečnim prihodom može biti pod utjecajem očekivanja pojedinca a ne povezana sa stvarnom visinom primanja (Slavuj, 2012, 82). To znači da osoba može biti zadovoljna bez obzira na objektivni iznos mjesečnih primanja ako se njena osobna očekivanja manja. U disertaciji, kao jedan od subjektivnih pokazatelja za mjerenje kvalitete života, korišteno je mjerenje percepcije ispitanika prema materijalnom stanju. Kod distribucije odgovora percepcije ispitanika prema materijalnom stanju iz urbanih i ruralnih mjesta nije uočena statistički značajna razlika. Mogući odgovori bili su od mnogo lošije od prosjeka do mnogo bolje od prosjeka. Unatoč činjenici da su mirovine i visina mirovine u Republici Hrvatskoj često u fokusu političkih rasprava, percepcija je starije populacije takva da bez obzira na prostor u kojemu žive svoje materijalno stanje ocjenjuju prosječnim. Da su u prosjeku, smatra njih 56,0 % (N = 84) iz urbane sredine, dok njih 60,7 % (N = 91) smatra da su u prosjeku iz ruralne sredine. Zanimljivo je da nitko iz ruralne sredine nije ponudio odgovor da je njegovo materijalno stanje mnogo bolje od prosjeka, dok njih 4,7 % (N = 7) iz urbane sredine misli da je njihovo materijalno stanje mnogo bolje od prosjeka. Navedeno se može tumačiti činjenicom da su se mjesečni prihodi starijih osoba iz ruralnih sredina pokazali znatno nižim u odnosu na prihode starijih osoba koje žive u Zagrebu (tabela 7).

U istraživanju je korišten upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL-BREF) koji u 26 pitanja obuhvaća četiri domene: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, socijalnu interakciju i okoliš. Na pitanja iz upitnika (WHOQOL-BREF) sudionici su odgovarali za period u okviru od prethodna dva tjedna. Odgovori za svaku česticu pokazuju se na skali Likertovog tipa od 1 do 5, pri čemu 1 označava najmanje slaganje s pojedinom česticom, a 5 označava najveće slaganje s česticom. Na prvo pitanje iz upitnika koje se odnosi na ocjenu ispitanika svoje kvalitete života nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina ($p > 0,05$). Osrednjom su svoju kvalitetu života ocijenili ispitanici iz urbane sredine, ukupno njih 41,3 % (N = 62), a slično ispitanici iz ruralne sredine, njih 44,0 % (N = 66). Zanimljivo je da je veliki broj ispitanika dobro procijenilo svoju kvalitetu života, iz urbane sredine njih 34,0 %

(N = 51), a ispitanici iz ruralne sredine njih 42,7 % (N = 64). Da im je kvaliteta života jako dobra misli samo njih 4,7 % (N = 7) iz obje promatrane skupine. U istraživanju koje je provedeno među starijim osobama (prosječna dob 71 godina) koristeći WHOQOL-BREF upitnik, ispitanici su na pitanje o zadovoljstvu osobnog zdravlja pokazali niske ocjene, da su nezadovoljni (46 %) i jako nezadovoljni (23 %). Isti ispitanici na pitanje o procjeni osobne kvalitete života pokazali su visoke ocjene, dobro (53,8 %) i jako dobro (23,1 %). Čini se da je navedeno istraživanje pokazalo da zdravlje nije uvijek povezano s kvalitetom života (Santos idr. 2015, 28).

U mnogim istraživanjima zdravlje se često navodi kao subjektivna varijabla u procjeni kvalitete života. U istraživanju (Vuletić i Mujkić 2002, 8) subjektivne kvaliteta života kod 315 zdravih osoba iz hrvatskog urbanog stanovništva uz obitelj, financije i materijalno stanje, ljubav te prijateljstvo, po učestalosti, zdravlje je na prvom mjestu kao subjektivni pokazatelj osobne kvalitete života. Po definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) zdravlje je „stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog zdravlja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti“³⁰. Međutim, zbog ograničene vrijednosti u implementaciji zdravlje se može definirati kao mogućnost prilagodbe i upravljanja tijekom cijelog života svojim fizičkim, psihičkim i društvenim izazovima. Da je zdravlje jedan od najvažnijih pokazatelja kvalitete života starijih ljudi, ukazuje i istraživanje provedeno među dvjesto osoba u dobi od 60 i više godina koji žive u Republici Srbiji u Novom Sadu (Čanković idr. 2016, 44). U rezultatima istraživanja u disertaciji nije uočena statistički značajna razlika kod procjene zadovoljstva zdravljem s obzirom na urbana i ruralna mjesta, ali kako je razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa na pitanje Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? iznosila 0,404 ($p > 0,05$), može se zaključiti da se radi o ograničenoj signifikantnosti. Najveći broj je onih koji su svoje zdravlje procijenili kao niti dobro, niti loše, odnosno njih 38,0 % (N = 57) iz urbane sredine i 34,0 % (N = 51) iz ruralne sredine. Zanimljiv je podatak da je zadovoljnih svojim zdravljem iz obje sredine njih 26,0 %, dok je jako zadovoljnih nešto više starijih ljudi iz urbane sredine, njih 6,0 % u odnosu na 2,7 % starijih ljudi iz ruralne sredine. Treba naglasiti da je istraživanje pokazalo više nezadovoljnih

³⁰ Health, as defined by the World Health Organization, is "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." This definition has been subject to controversy, as it may have limited value for implementation. Health may be defined as the ability to adapt and manage physical, mental and social challenges throughout life.
<http://www.pitt.edu/~super1/globalhealth/What%20is%20Health.htm>

svojim zdravljem u odnosu na one koji su zadovoljni (tabela 10). Zadovoljnih je 23,3 % (N = 35) iz urbane sredine i 31,3 % (N = 47) onih koji žive u ruralnoj sredini. Nejednakosti se mogu sagledavati kroz različite dimenzije života i mogu se promatrati kroz razlike u zdravstvenom stanju ili u zastupljenosti pokazatelja zdravlja između skupina u populaciji. Nejednakosti zdravlja među skupinama ljudi u populaciji su očekivane zbog niza čimbenika koji mogu utjecati na individualnoj razini. To može biti osobni izbor pojedinca, neke biološke razlike ili slobodan izbor nekog ponašanja, kao i djelovanje okoline na koje pojedinac ne može utjecati (Šostar 2017, 420). Stoga je razumljivo da su nejednakosti u zdravlju i percepciji zdravlja ispitanika prisutne među starijim ljudima koji žive u različitim prostorima. Zdravlje okoliša može izravno utjecati na zdravlje svakog pojedinca. Zdravlje okoliša sastoji se od onih aspekata ljudskog zdravlja, uključujući kvalitetu života koja se određuje različitim socijalnim, psihosocijalnim fizičkim, kemijskim i biološkim čimbenicima u okolišu (Karmakar i Pant 2017, 316).

Kod pitanja u kojoj mjeri Vam se čini da Vas fizička bol sprečava u izvedbi potrebnih radnji s obzirom na urbana i ruralna mjesta nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli, iako se radi o ograničenoj signifikantnosti jer vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,538 ($p > 0,05$). Ponuđeni raspon odgovora bio je od nikako do jako puno. Dok je najveći broj onih koji se izjašnjavaju da ih fizička bol osrednje sprečava u izvedbi potrebnih radnji, iz urbane sredine njih 28,0 % (N = 42), a iz ruralne 30,7 % (N = 46). Veći broj starijih ljudi iz urbane sredine fizička bol nikako ne ograničava, odnosno njih 11,3 % (N = 17), u odnosu na starije osobe iz ruralne sredine gdje se kod manjeg broja ispitanika pokazalo da njih 6,0 % (N = 9) bol nikako ne ograničava. Ukupno 24,7 % (N = 37) ispitanika puno i 12,0 % (N = 18) ispitanika jako puno fizička bol ograničava u izvedbi svakodnevnih potrebnih radnji.

Kada se usporede dobiveni rezultati o potrebnom medicinskom liječenju za funkcioniranje u svakodnevnom životu s obzirom na starije osobe iz urbane i ruralne sredine nije uočena statistički značajna razlika jer razina signifikantnosti iznosi 0,191 ($p > 0,05$). Da je medicinsko liječenje potrebno u svakodnevnom funkcioniranju, distribucija odgovora kod obje promatrane skupine kreće se od nikako do jako puno. Pokazalo se da je kod najvećeg broja starijih osoba osrednje ili puno potreban neki oblik medicinskog liječenja za funkcioniranje u svakodnevnom životu, i to osrednje kod 29,3 % (N = 44) starijih osoba iz urbane sredine, te 35,3 % (N = 42) starijih osoba iz ruralne. Također se pokazalo da je puno potrebno kod trećine iz urbane sredine 33,3 % (N = 50), a iz ruralne kod 28,0 % (N = 42).

Da nikako nije potrebno medicinsko liječenje za funkcioniranje u svakodnevnom životu, pokazalo se kod najmanjeg broja starijih ljudi iz ruralne sredine 4,0 % (N = 6), nasuprot starijim ljudima iz urbane 15,0 % (N = 10). Sve navedeno upućuje da je starijim ljudima iz obje promatrane sredine uglavnom potreban neki oblik medicinskog liječenja kako bi svakodnevno funkcionirali. Da medicinski problemi kod starije populacije mogu utjecati na obavljanje svakodневnih aktivnosti potvrđuje i istraživanje koje je provedeno u Turskoj na ruralnom prostoru. Navedeno istraživanje potvrđuje da je kvaliteta života niža kod osoba kojima je smanjena funkcionalna sposobnost (Arslantas idr. 2009, 129). Na pitanja Koliko uživate u životu? s obzirom na urbana i ruralna mjesta nije uočena statistički značajna razlika jer je razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa 0,352 ($p > 0,05$). Uživanje u životu može se promatrati kroz Levinsonovu teoriju koja se temelji na izmjeni faza tijekom životnog ciklusa. Dok je u fazi stabilnosti osoba usmjerena na rješavanje osobnih životnih ciljeva i zadataka, u prijelaznoj fazi osoba istražuje i evaluira uspješnost realizacije osobno postavljenih ciljeva. Pretpostavka je da će osoba u starosti ako zaključi da su njezini životni ciljevi uspješno ostvareni više uživati u životu, dok će oni koji nisu ostvarili svoje životne ciljeve, a svjesni su da je preostalo malo vremena za promjene i neka nova ostvarenja, manje uživati u starosti (Levinson 1978, 97). Unatoč svim teškoćama i potrebnoj medicinskoj pomoći kod svakodnevnog funkcioniranja, najveći broj starijih osoba osrednje uživa u životu, iz urbane sredine 44,7 % (N = 67), a iz ruralne 48,7 % (N = 73). Najmanje je onih koji svoje uživanje ocjenjuju kao nikako iz urbane sredine, njih samo 6,0 % (N = 9), a iz ruralne samo 4,0 % (N = 6). Distribucija odgovora da malo i puno stariji ljudi uživaju u životu, iz obje je promatrane sredine slična. Iz urbane sredine malo uživa u životu njih 24,7 % (N = 37), puno njih 18,7 % (N = 28), dok iz ruralne sredine malo uživa u životu njih 16,7 % (N = 25), a puno njih 24,7 % (N = 37). Zanimljivo je i to da se jednaki broj, njih 6,0 % (N = 9) iz urbane i ruralne promatrane sredine, izjasnilo da jako puno uživaju u životu.

Razmišljanja o vrijednosti i smislu života poglaviti je dubinski osobni motiv i isključivo postoje i pripadaju vlastitom konstruktivnom individue (Vučinić 2003, 5). Victor E. Frankl je jedan od psihologa teoretičara koji se bavio pitanjem smisla. Smislenost života Frankl na najbolji mogući način objašnjava u knjizi pod naslovom „Zašto se niste ubili?“

Citat:

„Čovjekova težnja za smislom primarna je sila u njegovu životu, a ne tek »sekundarna racionalizacija« njegovih nagonskih težnja. Taj je smisao jedinstven i specifičan za svakog čovjeka, kojemu ga valja

ispuniti da bi smirio svoju volju za smisao. Ima pisaca koji tvrde da su smisao i vrijednosti »ništa drugo nego obrambeni mehanizmi i reakcijske formacije i sublimacije«. (Frankl, V. E. 1997, 61).

Nadalje, Frankl teoriju izgubljenosti i smislenosti života temelji na spoznaji da je jadan svaki čovjek koji svome životu više ne nalazi svrhu, cilj, smisao i nema nikakvih očekivanja u nastavku života. Smislenost života ispitanici su mogli ocijeniti kroz ponuđene tvrdnje, a kao odgovor je bilo pet ponuđenih mogućnosti izbora: nikako, malo, osrednje, puno i jako puno. Iz dobivenih rezultata može se zaključiti da razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja U kojoj mjeri osjećate da Vam život ima smisao? s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,256 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli. Najviše starijih osoba iz ruralne i urbane sredine osrednje procjenjuje svoj smisao za životom, iz urbane sredine njih 37,7 % (N = 56), a iz ruralne sredine 45,6 % (N = 68). Zanimljivo je da jednaki broj starijih ljudi iz obje promatrane sredine smatra da njihov život ima puno smisla 29,3 % (N = 44). Iako nisu statistički značajne razlike, ipak treba naglasiti da postoje razlike kod ljudi iz promatranih područja u procjeni smisla života kod onih krajnjih tvrdnji koje se odnose na nikako i jako dobro. Da ne osjećaju nikakvog smisla u životu navelo je njih 5,3 % (N = 8) iz urbane sredine, odnosno 1,3 % (N = 2) iz ruralne sredine. Oni koji osjećaju da je smisao njihovog života jako velik, tvrdi 8, % (N = 12) ispitanika iz urbane sredine, odnosno 6, 7 % (N = 10) iz ruralne sredine.

Koncentracija je jedan od važnih pokazatelja kognitivnog funkcioniranja. Kada se promatraju rezultati i usporedba osjećaja mogućnosti koncentracije kod promatranih skupina može se utvrditi da ne postoji statistički značajna razlika, obzirom da signifikantnost iznosi 0,400 ($p > 0,05$). Prema Glisky (2007, 5) u osnovne kognitivne funkcije spada dugoročno pamćenje, percepcija i pažnja, a u više donošenje, izvršenje odluka, jezik i izvršne funkcije. S protokom vremena kod većine starijih osoba dolazi do psiholoških promjena, premda te promjene treba sagledavati kroz individualne različitosti psihološkog funkcioniranja (Mužinić i Žitnik 2007). Ovo istraživanje je pokazalo da se najveći broj starijih ljudi iz urbane i ruralne promatrane sredine može osrednje koncentrirati, iz urbane sredine 44,0 % (N = 66), a iz ruralne 41,3 % (N = 62), dok se puno koncentrirati može njih 32,7 % (N = 49) iz urbane i 33,3 % (N = 50) iz ruralne sredine. Jednako tako treba naglasiti da je najmanje njih koji misle da im je koncentracija nikakva, iz urbane sredine samo 4,7 % (N = 7), a iz ruralne

1,3 % (N = 2). Može se utvrditi da je koncentracija, kao subjektivni pokazatelj kvalitete života, jednako prisutna kod starijih ljudi u promatranim sredinama.

Sigurnost starije osobe može ovisiti o socijalnoj podršci, dok socijalna podražka ima izravan učinak na zdravlje, navodi Cobb (1976, 311). Jedna od definicija socijalne podrške je vjerovanje pojedinca da je voljen, cijenjen i da je aktivan član međuljudskih odnosa (Cobb 1976, 300). Analizirajući odgovore na pitanje Koliko se sigurno osjećaju u svakodnevnom životu? s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,032 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta (grafikon 4). Treba napomenuti da je značajno veći udio ispitanika koji navode da se sigurno osjećaju (puno) u ruralnim mjestima, i to 31,3 % (N = 47), u odnosu na 25,3 % (N = 38) ispitanika iz urbanih mjesta. Jednaki je broj ispitanika iz obje sredine koji su svoju sigurnost procijenili jako dobrom 8,0 % (N = 12), dok niti jedna starija osoba iz ruralnih prostora nije navela da njena sigurnost nikako ne postoji, u odnosu na starije ljudi iz urbanog prostora koji misle da im je sigurnost nikakva 4,7 % (N = 7). Rezultati istraživanja upućuju na zaključak da veću sigurnost pokazuju ispitanici iz ruralnih prostora. Dobiveni rezultati mogli bi se tumačiti s tvrdnjom Štambuk iz Instituta za društvena istraživanja iz Zagreba koja u svom radu navodi da postoji veća kohezija među ljudima iz seoskih područja. Isti izvor navodi da je odnos prema starima običajno propisan i da se na osobe koje krše te običajne norme gleda s prijekorom. Navodi da su mala odstupanja u ponašanjima kada se radi o temeljnim vrijednostima u ponašanju ljudi iz ruralnog prostora, točno se zna što je dobro, a što loše (Štambuk 1993, 6).

Unatoč razlikama u percepciji sigurnosti, ispitanici na pitanje *Koliko je zdravo njihovo fizičko okruženje?* s obzirom na urbana i ruralna mjesta nisu pokazali statistički značajnu razliku s obzirom na to da razina signifikantnosti iznosi 0,097 ($p > 0,05$). Među ispitanicima iz ruralnih sredina nema niti jedan ispitanik koji je fizičko okruženje ocijenio nikako, dok je iz urbane sredine njih samo 3,3 % (N = 5). Ovo istraživanje je pokazalo da najveći broj starijih ljudi iz obje promatrane sredine svoje fizičko okruženje osrednje procjenjuje iz urbane sredine 52,0 % (N = 78), a iz ruralne 45,3 % (N = 68). Međutim, veliki broj ispitanika na pitanje o sigurnosti fizičkog okruženja odgovorilo je *puno*, iz urbane sredine 29,3 % (N = 44), a iz ruralne 38,7 % (N = 58). Na temelju odgovora na navedeno pitanje može se utvrditi da većina ispitanika svoje fizičko okruženje visoko ocjenjuje. Teorije starenja

pokušavaju objasniti starenje pojedinca u interakciji s fizičkim okruženjem. Mnoga istraživanja usamljenost navode kao visoko rangiran pokazatelj kvalitete života, što nije pokazalo istraživanje provedeno među starijom populacijom u gradu Rijeci, gdje se usamljenost pokazala najizraženijim pokazateljem, ali unatoč zadovoljavajućim društvenim kontaktima ispitanici svoje socijalne potrebe označavaju kao djelomično potrebne (Kuzma idr. 2018, 388). Provedeno istraživanje u Chicagu među starim osobama u dobi od 57 do 85 godina utvrdilo je da korelacija između osjećaja izoliranosti starijih osoba iz uzorka i društvene nepovezanosti iznosi ($r = .25, p < .001$), što znači da je slaba do umjereno slaba. Sve upućuje da manjak društvene povezanosti ne utječe uvijek na osjećaj usamljenosti i izoliranost kod starijih osoba (Cornwell i Waite 2009, 44). S obzirom na to da postoje konceptualne razlike u objektivnoj i subjektivnoj izolaciji, očito je da one zasebno mogu biti povezane s kvalitetom života.

Stalni gubitak osobnog kapaciteta i pad funkcionalne sposobnosti, često kod starijih osoba rezultira smanjenom pokretljivošću, prisutnom kroničnom boli i slabošću što čini osobu ovisnu o pomoći drugih. Istraživanje je pokazalo da se percepcija ispitanika za posjedovanje energije za funkcioniranje u svakodnevnom životu statistički značajno ne razlikuje s obzirom na to da je razina signifikantnosti za svakodnevni život u odnosu na urbani i ruralni prostor 0,704 ($p > 0,05$). Najviše je starijih osoba koje svoju energiju procjenjuju osrednje i da je uglavnom posjeduju. Manji broj ispitanika iz oba promatrana područja misle da nikako nemaju energije za funkcioniranje u svakodnevnom životu, iz urbane sredine 6,7 % ($N = 10$), iz ruralne 8 % ($N = 12$), dok njih 9,3 % ($N = 14$) iz urbane sredine i 6,7 % ($N = 10$) ispitanika iz ruralnih prostora misle da imaju potpuno dovoljno energije. Starenjem dolazi do raznih promjena u funkciji dobi pojedinca. Starenje nije jedinstven proces i ovisi o puno čimbenika kojima se danas znanstveno pristupa (Bara i Podgorelec 2015, 59).

Jedno od pitanja upućeno ispitanicima u istraživanju bilo je usmjereno na procjenu prihvaćanja svog tjelesnog izgleda. Jedna od teorija osobnosti je teorija autora Carla Rogersa. Osnovni pojam koji karakterizira Rogersovu teoriju ličnosti je pojam „sebe“. Rogers u okviru svoje fenomenološke teorije tumači kako se osobnost može razumjeti shvaćanjem sebe i okoline u kojoj neka osoba živi (Snoj 2006, 9). Prihvaćanje i vrednovanje samog sebe cilj je osmog stadija razvoja prema Eriksonu i predstavlja važan element za postizanje zadovoljstva u prihvaćanju samog sebe (Erikson 2008, 17). Prema Eriksonovom mišljenju specifično psihičko stanje koje je nazvao kriza identiteta može nastupiti kod

starijih osoba, na primjer nakon umirovljenja. Ta razvojna kriza može se odraziti na promjene u doživljavanje samog sebe (Erikson 2008, 10–11). U ovom istraživanju nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na urbana i ruralna mjesta. S obzirom na to da razina signifikantnosti iznosi 0,475 ($p > 0,05$), može se reći da se radi o ograničenoj signifikantnosti. Distribucija odgovora je od nikako do potpuno. Najviše ispitanika uglavnom prihvaća svoj tjelesni izgled, iz urbane sredine 36,7 % (N = 55), a iz ruralne 44,7 % (N = 67). Osrednje svoj tjelesni izgled prihvaća 24,0 % (N = 36) iz urbane sredine i 19,3 % (N = 29) iz ruralne sredine. Manje je ispitanika iz obje promatrane sredine, iz urbane 8,7 % (N = 13) i ruralne 6,7 % (N = 10), koji nikako ne prihvaćaju svoj tjelesni izgled ili malo prihvaćaju svoj izgled, dok je onih koji potpuno prihvaćaju svoj tjelesni izgled iz urbane sredine 24,0 % (N = 36), a iz ruralne 20,0 % (N = 30).

Ovim istraživanjem utvrđeno je da se mjesečni prihod kod znatnog broja starijih ljudi iz promatranih prostora nalazi u okvirima hrvatskog prosjeka mirovina koja iznosi 2.317,90 HRK. Također se pokazalo da je mjesečni prihod iznad hrvatskoga prosjeka mirovina više zastupljen kod starije populacije iz urbane sredine (28 %), u odnosu na starije ljude iz ruralne sredine (18 %). Unatoč tome što visina mirovina nije na zavidnoj visini, najviše ispitanika iz urbane sredine, njih 40,0 % (N = 60) i 37,3 % (N = 56) iz ruralne sredine, izjasnili su se da uglavnom imaju novca za svoje potrebe. Međutim, ima i onih koji misle da imaju malo novaca za svoje potrebe, iz urbane sredine njih 20,0 % (N = 30), a iz ruralne 17,3 % (N = 26). Najmanje je onih koji kažu da nikako nemaju novaca za svoje potrebe, iz urbane sredine njih 4,7 % (N = 7), a iz ruralne 6,0 % (N = 9). Svega 8 % starijih ljudi iz urbane sredine ocjenjuje da ima potpuno dovoljno novaca za svoje potrebe, dok je takvih iz ruralne sredine 8,3 %. Na pitanje *Imate li dovoljno novaca za svoje potrebe?* s obzirom na urbana i ruralna mjesta razina signifikantnosti iznosi 0,913 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika. Dobiveni rezultati razlikuju se od sličnog istraživanja među starijom populacijom iz 2006. godine u Hrvatskoj gdje su se ispitanici izjasnili da svoje potrebe vlastitim primanjima podmiruju teško i jako teško, ukupno čak 43,6 % starijih osoba (Dobrotić idr. 2007). Pretpostavka je da stalni mjesečni prihod utječe na kvalitetu života. Navedenu pretpostavku potvrđuje provedeno istraživanje u Hrvatskoj provedeno kod 1942 starije žene, točnije 791 domaćice i 1151 umirovljenice, koje je pokazalo da domaćice imaju lošije pokazatelje psihičkog i fizičkog zdravlja te da su lošije procijenile kvalitetu života (Džakula idr. 2007, 684, 689).

Dobivanje i razmjena informacija je način života za sve bez obzira na dob, a dostupnost informacijama za stariju osobu je od iznimne važnosti. Da bi starije osobe uživale u životu i bile integrirane u društvo, potrebno im je omogućiti dostupnost mnogim informacijama. Smanjena socijalna isključenosti može se postići uključivanjem starijih ljudi u razmjenu informacija putem socijalnih mreža kao novog načina očuvanja socijalnog komuniciranja (Markovitzky idr. 2012, 359). Istraživanje koje je provedeno među starijom populacijom iz Podravske i Savinjske regije pokazalo je da 30 % ispitanika (starijih osoba), iskazuje nezadovoljstvo, a 32 % djelomično je zadovoljstvo u komunikaciji. Isto istraživanje pokazuje da 42 % starijih ljudi najčešće komuniciraju sa svojim vršnjacima, dok samo 24 % komunicira sa svima (Bracanović i Robida 2014, 152). U našem istraživanju na pitanje o dostupnosti informacija potrebnih za svakodnevni život s obzirom na urbana i ruralna mjesta, razina signifikantnosti iznosi 0,378 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika. Treba naglasiti da je najviše starijih osoba uglavnom zadovoljno dostupnošću informacijama, iz urbane sredine njih 42,0 % (N = 63), a iz ruralne 50,7 % (N = 76). Osrednje zadovoljno ih je iz urbane sredine, njih 25,3 % (N = 38), a iz ruralne 20,0 % (N = 30). Najmanje je onih iz urbane sredine, njih 4 % (N = 6) koji nikako nisu zadovoljni, odnosno samo 1,3 % (N = 2) iz ruralne sredine. Potpuno zadovoljno ih je iz urbane sredine, njih 18,7 % (N = 28), a iz ruralne samo 19,3 % (N = 29). Tjelesne aktivnosti u slobodno vrijeme su obavljanje interesnih poslova, sport, rekreacija te stručna i profesionalan aktivnost, a sam pojam tjelesne aktivnosti podrazumijeva svaki rad mišićno-koštanog sustava koji troši energiju iznad razine mirovanja (Radošević idr. 2006, 1).

Prema Andrijašević rekreacija podrazumijeva sve aktivnosti u slobodno vrijeme koje imaju protektivni učinak na zdravlje, stvaralački potencijal, smisao i životni optimizam te kvalitetu života. Isti izvor navodi dobrobiti vježbanja i naglašava vježbanje uz nadzor za one starije osobe koje tijekom života nisu prakticirale vježbanje (Andrijašević 267, 270). Da tjelesna aktivnost pozitivno korelira sa subjektivnom procjenom kvalitete života, navodi i Varnica (2015, 21). O razvoju teorije odnosa između tjelesne aktivnosti i poboljšanja kvalitete života starijih osoba govori u svom radu Rejeski sa suradnicima (Rejeski idr. 2006, 23–32). Redovita tjelesna aktivnost poboljšava kvalitetu života i pozitivno utječe na zdravlje, navode autori istraživanja uzroka tjelesne neaktivnosti starijih osoba i ocjene učinkovitosti uključivanja redovitog nordijskog hodanja u preventivni sustav za starije osobe. Zaključuju da redovita praksa nordijskog hodanja poboljšava kvalitetu života starijih osoba, dok dominantne razloge za neaktivnosti starije osobe navode nedostatak motivacije i partnera ili

prijatelja u obavljanju zajedničkih aktivnosti, bolest, strah od ozljeđivanja i nedostatak energije (Bashkireva 2018, 749). U našem istraživanju na pitanje o prilikama za slobodne aktivnosti nije uočena statistički značajna razlika između starijih ljudi koji žive u urbanoj i ruralnoj sredini. Raspon odgovora je od nikako do potpuno, s time što je najviše starijih ispitanika iz ruralne sredine koji se slažu da imaju prilika (potpuno) baviti se slobodnim aktivnostima 22 % (N = 33), nasuprot starijim osobama iz urbane sredine 13,0 % (N = 20). Da imaju malo prilika baviti se slobodnim aktivnosti, više je u urbanom prostoru 24,7 % (N = 37), nego u ruralnom prostoru 18,0 % (N = 27). Da uglavnom imaju misli njih 27,3 % (N = 41) iz urbane sredine i 22,7 % (N = 34) iz ruralnih prostora. Rezultati ukazuju da su fizički aktivnije starije osobe iz ruralnih prostora, iako razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja *U kojoj mjeri imate prilike za slobodne aktivnosti?* s obzirom na urbana i ruralna mjesta iznosi 0,237 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika. Kako manjak socijalnih aktivnosti negativno utječe na osjećaj usamljenosti, govori Lampinen i suradnici u svom radu (2006, 459). Teorija aktiviteta polazi od pretpostavke da će osobe biti zadovoljnije ako su uključene u neku zanimljivu aktivnost.

Nedvojbeno je da kretanje ima važan prediktivni učinak na kvalitetu života starijih ljudi. Prema popisu stanovnika iz 2011. godine u Hrvatskoj trajno ograničeno pokretnih starijih osoba bilo je 38,14 % (N = 134 731), dok je trajno nepokretnih bilo 3,82 % (N = 13 484). Prema istom popisu u Zagrebu se broj osoba koje koriste pomagalo povećao s 55 343 osobe iz 2001. na 134 731 osoba, dok se broj trajno nepokretnih osoba povećao s 8651 osobe iz 2001. na 33 841 osobu u 2011.godine. Sve navedeno upućuje na porast starijih osoba kod kojih su prisutni problemi vezani za kretanje (Tomek-Roksandić i dr. 2016, 387). U našem istraživanju na pitanje o mogućnosti kretanja s obzirom na urbana i ruralna mjesta nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na to da signifikantnost iznosi 0,960 ($p > 0,05$). Zanimljivo je da je jednaki broj starijih ljudi iz obje promatrane sredine svoje kretanje procijenilo dobrim 32,7 % (N = 49). Svoje je kretanje osrednje procijenilo 24,7 % (N = 37) ispitanika iz urbane sredine, odnosno 26,7 % (N = 40) iz ruralne. Da je njihovo kretanje jako slabo, misli njih 11,3 % (N = 17) iz urbane sredine, odnosno 12,7 % (N = 19) iz ruralne sredine te slabo njih 22,0 % (N = 33) iz urbane i 28,7 % (N = 28) iz ruralne sredine. Jednaki broj starijih ljudi iz obje promatrane sredine misli da je njihovo kretanje dobro 9,3 % (N = 14). Istraživanje o utjecaju fizičke samostalnosti na emocionalno zdravlje među starijim osobama provedeno na Tajvanu pokazalo je da osobe koje teže samostalno fizički funkcioniraju pokazuju tjeskobu, depresivne simptome i slabije zadovoljstvo životom u

odnosu na osobe koje nemaju fizičkih poteškoća u svakodnevnom funkcioniranju (HSU 2009, 203–211) .

Prema Petzu spavanje je opuštanje vegetativnih funkcija, odnosno relativno mirovanje organizma kada se metabolizam organizma smanji uz prisustvo smanjene reakcije na zbivanje iz okoline (Petz, 2005). Horne navodi da se spavanje mijenja s dobi i nastavlja se smanjivati u starosti. Starije osobe prosječno spavaju sedam sati, što je puno manje od dužine spavanja mlađih osoba (Horne 2009, 179–187). S obzirom na to da spavanje dominira životom svake osobe, promatranje kvalitete sna može se promatrati kao značajni pokazatelj u procjeni kvalitete života. Pretpostavka je da san korelira s ostalim pokazateljima kvalitete života kao što su zdravlje, životna energija, zadovoljstvo i sl. Naše istraživanje je pokazalo da je najviše starijih osoba iz obje promatrane sredine koje svoj san procjenjuju od nezadovoljstva do zadovoljstva. Zadovoljnih snom je njih 33,3 % (N = 50) iz urbane sredine i 32,7 % (N = 49) iz ruralne sredine. Niti zadovoljan/zadovoljna, niti nezadovoljan/nezadovoljna iz urbane sredine 30,0 % (N 45) ispitanika, a iz ruralne 28,0 % (N = 42). Nezadovoljnih je njih 22,0 % (N 33) iz urbane sredine, iz ruralne 26,0 % (N = 39), dok je najmanje onih koji su jako nezadovoljni svojim snom, ukupno 6,7 % (N = 10) i nešto manje ruralne 3,3 % (N = 5). Jako zadovoljnih je 8,0 % (N = 12) i nešto više iz ruralne 10,0 % (N = 15). Unatoč nekim razlikama, istraživanje je pokazalo da nije uočena statistički značajna razlika jer razina signifikantnosti iznosi 0,632 ($p > 0,05$).

Jedan od mogućih pokazatelja zdravstvenog stanja i kvalitete života jesu sposobnosti starije osobe za samostalno izvođenje aktivnosti svakodnevnog života. U našem istraživanju distribucija odgovora bila je od jako nezadovoljni do jako zadovoljni. Međutim, kako razina signifikantnosti iznosi 0,709 ($p > 0,05$), može se zaključiti da nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na urbana i ruralna mjesta. Odgovori se kreću uglavnom od nezadovoljni iz urbane sredine 26,0 % (N = 39), iz ruralne 22,0 % (N = 33), niti zadovoljni, niti nezadovoljni iz urbane sredine 25,3 % (N = 38), iz ruralne 32,7 % (N = 49), dok je zadovoljnih iz urbane sredine 36,0 % (N = 54), a iz ruralne 32,7 % (N = 49). Zanimljivo je da je jednaki broj iz obje promatrane sredine koji su jako nezadovoljni svojom sposobnošću u izvedbi aktivnosti svakodnevnog života 6,7 % (N = 10), ali i onih koji su jako zadovoljni 6,0 % (N = 9). Iako se funkcionalnom sposobnošću procjenjuje mogućnost samozbrinjavanja u svakodnevnom životu ipak je potrebno napomenuti da nije u visokoj korelaciji s objektivnim zdravljem, ali kod starijih ljudi može biti važan prediktor morbiditeta i mortaliteta (Despot Lučanin 2003, Idler, 1993; prema Despot Lučanin i

Lučanin 2010, 223). Devedesetih godina prošlog stoljeća društvene znanosti analizirajući aspekte kvalitete života starijih ljudi uvode pojam produktivnost i aktivnost starijih ljudi (Bara 2015, 60). Danas je u mnogim sredinama još uvijek snažan neutemeljen mit o neproduktivnosti i neaktivnosti starijih osoba. Društveno i sociološki produktivno starenje može se promatrati kroz demografske, ekonomske i društvene dobrobiti. Neke zemlje promiču zabranu dobne radne diskriminacije. Tako je zakon o starosnoj diskriminaciji o zapošljavanju u SAD-u (ADEA) 2010. godine donio zabranu obveznog umirovljenja osim u slučajevima kada dob utječe na sposobnost (Novak 2018, 18–19). Zbog individualnih mogućnosti i radnih kapaciteta, prekida veza s tržištem rada i bavljenje sekundarnim aktivnostima, ponekada je teško odrediti kada je netko u statusu umirovljenja i prekida bavljenja svojim aktivnostima. U Hrvatskoj je važeći zakon prema kojem starosnu mirovinu stječe osiguranik kada navršši 65 godina života i 15 godina mirovinskog staža.³¹ Istraživanje³² na koje se poziva Obadić pokazuje da se s dobi značajno smanjuje broj umirovljenika koji rade ($r = -0,5978$). U Hrvatskoj prema istom istraživanju 57 % umirovljenika muškog spola niže razine obrazovanja obavljaju neki plaćeni posao, dok je od ukupnog broja umirovljenika njih 40,9 % s visokom razinom obrazovanja koji obavljaju neki plaćeni posao (Obadić 2018, 70). Neke sredine su oduvijek podržavale da se stariji ljudi bave različitim poslovnim aktivnostima. Na primjer, prema zakonima Inka stari ljudi su imali zadatak da čuvaju usjeve od različitih insekata, ptica i drugih štetočina. Za osobu starije dobi važno je da sama odredi na koji način može bez napora ostati fizički i mentalno aktivna (Pešić 2007, 47). U ovom istraživanju pitali smo starije osobe koliko su zadovoljne svojom radnom sposobnošću i dobili različite odgovore koji uglavnom govore o nezadovoljstvu ili niti zadovoljstvu, niti nezadovoljstvu. Kod promatranog pitanja nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na urbana i ruralna mjesta jer je razina signifikantnosti iznosila 0,895 ($p > 0,05$). Da su nezadovoljni izjasnilo se njih 28,0 % ($N = 42$) iz urbane sredine, 26,7 % ($N = 40$) iz ruralne, a niti zadovoljni, niti nezadovoljni iz urbane sredine njih 29,3 % ($N = 44$), a iz ruralne 28,7 % ($N = 43$). Najmanji broj je onih koji su se izjasnili da su jako zadovoljni iz urbane sredine, njih 4,0 % ($N = 6$), dok je nešto veći broj iz ruralne sredine 6,7 % ($N = 10$). Ohrabruje podatak da ih je iz urbane sredine 28,0 % ($N = 42$), iz ruralne 26,7 %

³¹ Hrvatski zakon za mirovinsko osiguranje – uvjeti na snazi do 31. prosinca 2027. – članak 33. ZOMO. <http://www.mirovinsko.hr/default.aspx?ID=71>

³² The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) <http://www.shareproject.org/data-documentation/faqs.html#3.1>

(N = 40) jako zadovoljni svojim radnim sposobnostima, što bi se u kontekstu pozitivnog stava psihologije moglo iskoristiti kao očuvanje važnog radnog potencijala.

Subjektivna dob je osobni osjećaj pojedinca koliko je star i taj osjećaj može imati značajne korelacije sa životnim zadovoljstvom (Kaliterna-Lipovčan 1998, 879, 880).

Za procjenu osobnog zadovoljstva u ovom istraživanju na pitanje *Koliko ste zadovoljni samim sobom?* ispitanici su mogli odgovoriti jako nezadovoljni, nezadovoljni, niti zadovoljni, niti nezadovoljni, zadovoljni i jako zadovoljni. Dobiveni rezultati ukazuju da s obzirom na urbana i ruralna mjesta razina signifikantnosti iznosi 0,816 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika. Međutim, treba naglasiti da je najmanji broj starijih ljudi iz promatranih sredina navelo da su jako nezadovoljni iz urbane sredine 4,0 % (N = 6), iz ruralne 2,7 % (N = 4), kao i onih koji su naveli da su jako zadovoljni iz urbane sredine 6,7 % (N = 10), iz ruralne 9,3 % (N = 14). Ostali rezultati su pokazali da ih je nezadovoljnih iz urbane sredine 18,0 % (N = 27), iz ruralne 16,0 % (N = 24), zadovoljnih iz urbane sredine 36,7 % (N = 55), iz ruralne 40,0 % (N = 60) i iz urbane sredine 34,7 % (N = 52), a iz ruralne 32,0 % (N = 48) koji su niti zadovoljni, niti nezadovoljni. Naši rezultati su slični istraživanju među starijom populacijom gdje autor navodi kako su ispitanici osrednje procijenili svoje zadovoljstvo životom, s obzirom na to da je dobivena vrijednost, odnosno aritmetička sredina $M = 6.06$ od mogućih odgovora na skali od 1 do 10 (Stiplošek 2017, 31-32). Samopouzdanje i vjerovanje u svoje kvalitete može biti snažan način kako u starijoj dobi očuvati integritet i svoj život sagledati kao smislenu cjelinu, kao što Erikson sagledava životna razdoblja. Prema Pečjaku starosna samopercepcija je slika o sebi, na koju utječu različiti čimbenici, kao što je okruženje i odnosi u okruženju, sredina življenja, izgled, uspješnost/neuspješnost i sl. (Pečjak 2001, 59).

Biti svjestan svojih kvaliteta stariju osobu može osnažiti u funkcioniranju i odnosu s drugim ljudima. U našem istraživanju, ako se pogleda razina signifikantnosti kod pitanja kako ste zadovoljni osobnim kvalitetama s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,050 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode niti zadovoljan/zadovoljna niti nezadovoljan/nezadovoljna u ruralnim 38,0 % (N = 57), u odnosu na 30,0 % (N = 45), ispitanika iz urbanih mjesta. Iako je najmanje starijih osoba koji su naveli da su jako nezadovoljni, može se uočiti da je nešto veći broj ispitanika iz urbane sredine 3,3 % (N = 5), dok je samo jedan ispitanik iz ruralne sredine naveo da je jako nezadovoljan. Jednako tako

nezadovoljnih je više u urbanom prostoru 13,3 % (N = 20), u odnosu na ispitanike iz ruralnih prostora gdje je nezadovoljnih samo 5,3,0 % N = 8). Ohrabruje činjenica da pola ispitanika iz obje sredine navode da su zadovoljni i jako zadovoljni. Zadovoljnih osobnim kvalitetama iz urbane sredine je njih 45,3 % (N = 68), iz ruralne 48,7 % (N = 73), jako zadovoljnih iz urbane sredine je njih 8,0 % (N = 12), a iz ruralne 7,3 % (N = 11).

Zbog stereotipa o seksualnosti starije osobe rijetko govore o svojim seksualnim potrebama, što se pokazalo i u ovom istraživanju. Naime, tijekom anketiranja na pitanje o zadovoljstvu seksualnim životom često bi uslijedilo *Zašto je to važno?, Pa ja sam stara?* i sl., odnosno često bi se primjećivala nelagoda kod ispitanika na to pitanje. Izbjegavanje odgovora na seksualnost navodi i autorica koja je provela kvalitativno istraživanje kod deset starijih osoba oba spola gdje je cilj bio istražiti i utvrditi pitanja i probleme s kojima se susreću osobe koje je znanost i društvo etiketirala kao kategoriju starijih osoba (Milosavljević 2010a, 41). U našem istraživanju na pitanja kako ste zadovoljni Vašim seksualnim životom s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,037 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode zadovoljan/zadovoljna u urbanim mjestima 20,7 % (N = 31), u odnosu na 10,0 % (N = 15) ispitanika iz ruralnih mjesta. Niti zadovoljni, niti nezadovoljni iz urbane sredine je njih 38,7 % (N = 58), iz ruralne 54,0 % (N = 81), što jednako tako govori da najveći broj ispitanika i u ovom istraživanju daje neutralne odgovore. Nezadovoljnih je iz urbane sredine njih 21,3 % (N = 32), a iz ruralne 20,7 % (N = 31).

Socijalna podrška može biti pružena na različite načine, može biti opipljiva, nematerijalna, emocionalna, informativna i sl. Smrt supružnika može rezultirati zdravstvenim teškoćama i gubitkom socijalne podrške. U situaciji kada djeca ne žive sa svojim roditeljima emocionalne veze ostaju snažne i predstavljaju primarni izvor podrške starijim osobama (Šilje i Sindik 2013, 39). Ključni prediktor institucionalizacije za starije osobe je manjak socijalne podrške a ne zdravstvene i društveno-ekonomske varijable sugerira se u zaključku studije (Parkar 2015, 95). Kod pitanja kako ste zadovoljni podrškom koju dobivate od prijatelja s obzirom na urbana i ruralna mjesta signifikantnost iznosi 0,130 ($p > 0,05$). Dakle, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih varijabli. Najveći broj ispitanika u istraživanju je zadovoljno podrškom koju dobivaju iz urbane sredine, ukupno njih 38,0 % (N = 57), a nešto veći broj je iz ruralne sredine, njih 44,0 % (N = 66). Neutralnih odgovora, odnosno niti

su zadovoljni, niti nezadovoljni iz urbane sredine je njih 31,3 % (N = 47), iz ruralne 36,0 % (N = 54). Jednaki broj ispitanika iz obje promatrane skupine izjavljuje da su jako zadovoljni, njih je 6,70 % (N = 10), dok je jako nezadovoljnih iz urbane sredine njih 4,0 % (N = 6) i samo jedan ispitanik iz ruralne sredine. Iz niza učinjenih studija na temu starosti i starenja, Berger navodi da postoji konsenzus da ljudi često imaju različite odnose prema starosti i starijim osobama. Odnosi ovise o kulturi i normama nekog prostora, međutim ne postoji jednostavno tumačenje kao što se nekada mislilo da istočnjačke nacije nemaju isključivo pozitivan stav, niti ljudi zapadnih zemalja nemaju negativan stav prema starijim osobama. Autorica sugerira da je odnos mladih i društva u cjelini prema starijima puno složeniji od ovako jednostavnih tumačenja (Berger 2017, 187). Prepoznavanje važnosti usamljenosti kao faktora rizika za pojavu depresivnih simptoma može biti važno za ublažavanje njegovih potencijalno štetnih učinaka na kvalitetu života srednjih i starijih odraslih osoba.

Svjetska zdravstvena organizacija svoje ciljeve zdravstvenog sustava temelji na promicanju dobrog zdravlja, propitivanjem očekivanja stanovništva od zdravstvenog sustava.³³ Na zadovoljstvo korisnika pruženom zdravstvenom uslugom utječu s jedne strane pružene usluge zdravstvenih djelatnika i s druge strane organizacija zdravstvenog sustava (Marković idr. 2018, 50). Statistički značajnu ($\beta = 0,757$, $p < 0,001$) korelaciju kvalitete usluge i zadovoljstva pacijenata pruženim uslugama pokazalo je istraživanje provedeno na Tajvanu (WU 2011, 4880). Iako je bilo za očekivati da će starije osobe iz Zagreba pokazati veće zadovoljstvo, zanimljivo je da su se rezultati istraživanja u disertaciji pokazali suprotno očekivanju. Pretpostavka je da starije osobe dostupnost procjenjuju na temelju dostupnosti centara sekundarne razine i centara izvrsnosti. Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja *Kako ste zadovoljni dostupnošću zdravstvenih usluga?* s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,030, ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode zadovoljan/zadovoljna u ruralnim mjestima (51,3 %) u odnosu na 38,7 % ispitanika iz urbanih mjesta. Niti zadovoljni, niti nezadovoljni iz urbane sredine izjasnilo se 30,7 % (N = 46), iz ruralne 22,0 % (N = 33), jako zadovoljnih je više kod starije populacije iz ruralne

³³ World Health Organization. The World health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/whr/2000/en/>

sredine 20,0 % (N = 30), a iz urbane 16,0 % (N = 24). Također je veći broj jako nezadovoljnih među urbanim ispitanicima 5,3 % (N = 8), dok je iz ruralne samo dva ispitanika. S obzirom na to da se gustoća naseljenosti u promatranim sredinama značajno razlikuje i da je u Gradu Zagrebu koncentracija velikog broja zdravstvenih ustanova u odnosu na ruralna mjesta, dobiveni su rezultati utoliko zanimljivi. Grad Zagreb raspolaže sa 6.737 bolničkih postelja raspoređenih u osam kliničkih bolničkih centara i 10 kliničkih bolnica i klinika, te 168 poliklinike i četiri doma zdravlja (Šostar 2017, 10–11). Dobiveni rezultati se možda mogu objasniti pretpostavkom da stariji ljudi zadovoljstvo zdravstvenom zaštitom primarno promatraju i procjenjuju kroz usluge primarne zdravstvene zaštite, zbog činjenice da su s djelatnostima iz primarne zdravstvene zaštite u češćim kontaktima, poglavito s obiteljskim liječnicima i patronažnim medicinskim sestrama.

Kao što smo već naveli, jedan od objektivnih pokazatelja kvalitete života može biti gustoća naseljenosti, socijalna okolina, mogućnost prijevoza i sl. Kao jedan od glavnih problema pristupa objektivnim pokazateljima je taj što su povezani sa subjektivnim kriterijima pojedinca (Vuletić i Misajon 2011, 12). Ruralna mjesta nisu povezana javnim prijevozom kao što je umreženost različitih oblika javnog prijevoza u Gradu Zagrebu (tramvaj, autobus), ali ipak je istraživanje pokazalo da je najveći broj starijih ljudi iz promatranih skupina zadovoljno mogućnošću prijevoza, iz urbane 44,7 % (N = 67), iz ruralne 34,7 % (N = 52). Čak ih je više jako zadovoljnih iz ruralne sredine 20,7 % (N = 31) u odnosu na starije ljude koje žive u Zagrebu gdje ih je izjavilo da su zadovoljni prijevozom samo 23,3 % (N = 20). Također, više je nezadovoljnih prijevozom iz urbane sredine 8,0 % (N = 12), dok ih je jako nezadovoljnih iz ruralne sredine samo 6,7 % (N = 10.). Unatoč navedenim razlikama, kada se pogleda razina signifikantnosti Fisherovog egzaktnog testa kod pitanja *Kako ste zadovoljni s mogućnošću prijevoza?* s obzirom na urbana i ruralna mjesta koja iznosi 0,082 ($p > 0,05$), može se zaključiti da nije uočena statistički značajna razlika.

Mentalno zdravlje nije samo važan resurs za pojedinca, nego i za obitelj i društvenu zajednicu. Mentalno duševno ili psihičko zdravlje može biti važan pokazatelj kvalitete života. Usamljenost je jedan od neugodnih i emocionalnih subjektivnih osjećaja koji na stariju osobu može djelovati uznemirujuće. Starije osobe imaju veću vjerojatnost od mlađe populacije da dožive neke neugodne događaje kao što je gubitak supružnika, slabiji socioekonomski status zbog manjih mirovina, pad funkcionalne sposobnosti, što sve to može rezultirati usamljenošću i izolacijom. U ovom istraživanju kod pitanja *Koliko često imate*

negativne osjećaje? poput lošeg raspoloženja, očaja, tjeskobe, depresije s obzirom na urbana i ruralna mjesta signifikantnost iznosi 0,471 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika kod promatranog pitanja. Iako se pokazala ograničena signifikantnost, moglo bi se reći da najviše starijih osoba iz promatranih sredina rijetko ima negativne osjećaje poput lošeg raspoloženja, očaja, tjeskobe, depresije. Iz urbane sredine 48,0 % (N = 72), iz ruralne 50,0 % (N = 75), vrlo često ima 16,7 % (N = 25) ispitanika iz urbane sredine, a iz ruralne 10,0 % (N = 15). Nešto više ispitanika iz ruralne, njih 11,3 % (N = 17) izjasnilo se da nikada nema negativne osjećaje, u odnosu na urbanu sredinu gdje ih se na isto pitanje izjasnilo 8,0 % (N = 12). Usamljenost je jedan često spominjani faktor rizika za nastanak depresije kod starijih osoba. Studija provedena na 1604 osobe starijih od 60 i više godina u Sjedinjenim Američkim Državama s ciljem istraživanja utjecaja usamljenosti na mortalitet i nastanak invaliditeta, koristeći procjenu aktivnosti svakodnevnog života (ADL), pokazala je da je samoća bila povezana s povećanim rizikom od smrti tijekom praćenja kroz šestogodišnje razdoblje (22,8 % u 2008. godini u odnosu na 17,9 % u 2002. godini). Također, ispitanici su 2008. godine pokazali slabiju funkcionalnu sposobnost u domenama ADL: kupanje, odijevanje, transfer, korištenje toaleta, hranjenje u odnosu na učinjenu procjenu istih domena 2002. godine, odnosno 5 godina ranije. Na temelju dobivenih rezultata autori naglašavaju da je samoća bila povezana s padom funkcionalne sposobnosti kod starih ljudi i da pravovremeno prepoznavanje usamljenosti kod starijih osoba može koristiti u prevenciji invaliditeta i lošeg zdravstvenog ishoda (Perissinotto idr. 2012, 1081-2).

Kada se analiziraju pojedini socioekonomski, demografski pokazatelji i pojedine čestice iz WHOQOL-BREF upitnika među ispitanicima urbane i ruralne sredine, može se utvrditi da su dobivene statistički značajne razlike kod sedam definiranih pojedinačnih pokazatelja kvalitete života. Kod pet pokazatelja nađena je ograničena signifikantnost, a kod dvadeset i dva pokazatelja nije nađena statistički značajna razlika. Statistički značajna razlika dobivena između ispitanika koji žive u ruralnom i urbanom prostoru uočena je kod sljedećih pokazatelja: razina obrazovanja, mjesečni prihod, podrška od drugih, osjećaj sigurnosti u svakodnevnom životu, zadovoljstvo osobnim kvalitetama, seksualni život, dostupnost zdravstvenih usluga. Ograničena signifikantnost je uočena kod sljedećih pokazatelja: zadovoljstvo zdravljem, mogućnost koncentracije, fizički izgled, negativni osjećaji i fizička bol.

Kako bi se ustanovilo na koji su način distribuirane promatrane varijable u istraživanju, korišteno je testiranje normalnosti pomoću Kolmogorov-Smirnov i Shapiro-Wilk testa. Sve promatrane čestice iz WHOQOL-BREF upitnika su grupirane u četiri domene: tjelesno

zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okolina što je prikazano u istraživačkoj metodologiji (stranica 34). U tablici 57. prikazani rezultati ukazuju da nije nađena statistički značajna razlika u domenama tjelesnog zdravlja, psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta.

Istraživanje ukazuje da postoje razlike u pojedinim pokazateljima kvalitete života kod starijih ljudi ovisno živi li osoba u urbanoj ili ruralnoj sredini, što znači da je Hipoteza 1. djelomično potvrđena.

S ciljem što bolje procjene kvalitete života u disertaciji se koristila skala za procjenu temporalnog zadovoljstva životom (TSWLS). Sudionik u istraživanju je za svaku tvrdnju mogao odgovoriti na skali od 1 uopće se ne slažem, 2 uglavnom se ne odnosi na mene, 3 niti se odnosi niti se ne odnosi na mene, 4 uglavnom se odnosi na mene, do 5 u potpunosti se odnosi na mene. Postoji nekoliko teorijskih pristupa u procjeni zadovoljstva životom. Jedna od teorija procjene naglašava kada se vrednuju objektivni pokazatelji (posao, dohodak i sl.) da se tada vrednuju domene života, uspoređujući realnost i postignuti uspjeh (Penezić 2006, 645). Na blagostanje mogu utjecati osjećaji koji se tiču vremena što sada imamo, sjećanja o onome što smo imali i doživjeli, kao i želje i nadanja što nam se može dogoditi u budućnosti (Cigić Gavrilović 2016, 38). Pretpostavka je da osobine pojedinca imaju najviše utjecaja na procjenu zadovoljstva životom. Tako neka osoba može iz zahvalnosti procijeniti život iz prošlosti, prema afektivitetu procijeniti trenutno zadovoljstvo (pozitivno ili negativno) i optimizmom izraziti zadovoljstvo budućim životom. Budući da neke osobe imaju snažnu potrebu za pozitivnim prihvaćanjem, prilagođavaju se zahtjevima okoline, čak i kada su sami u suprotnosti s težnjom za samoostvarenje i zadovoljstvo.

Svjesni su ograničenja u mjerenju zadovoljstva životom zbog takozvanog uvjetnog pozitivnog prihvaćanja³⁴ jer neke nezadovoljne osobe zbog društveno poželjnog dogovora mogu davati krive odgovore. U istraživanju smo koristili upitnik za procjenu prošlog, sadašnjeg i budućeg života kako bi uočili razlike u procjenama života ovisno o životnom razdoblju. Cilj je bio da se mjerenjem konstrukta blagostanja poboljša procjena ukupne kvalitete života starih osoba iz hrvatskog urbanog i ruralnog prostora. Rezultati upućuju da većina ispitanika, kada bi i mogli, ne bi ništa mijenjali u svom životu. Iz urbane sredine

³⁴ Prema fenomenološkom Rogersovom pristupu, pozitivno prihvaćanje dovodi do uvjetnog samopoštovanja – sebe cijenimo i poštujemo samo ako zadovoljavamo standarde okoline (što će drugi reći...), a ne vlastitu težnju za samoostvarenjem.

starijih osoba s takvim promišljanjima bilo je 23,3 % (N = 35), iz ruralne 28,0 % (N = 42), dok veliki broj ispitanika iz oba promatrana prostora imaju neutralne odgovore (niti se odnosi, niti ne odnosi na mene), iz urbane 28,7 % (N = 43), iz ruralne 28,0 % (N = 42). Zanimljivo je da jednaki broj ispitanika iz promatranih skupina misle da se navedena tvrdnja u potpunosti odnosi na njih 11,3 % (N = 17). Iako postoje neke razlike kod promatranih skupina, kod tvrdnje *Kada bih ponovno živio svoj život, ne bi ništa mijenjao.* nije uočena statistički značajna razlika (signifikantnost $p > 0,05$). Rezultati upućuju na to da najviše ljudi potvrđuje da su uglavnom bili zadovoljni prošlim životom, iz urbane sredine njih 39,3 % (N = 59), iz ruralne sredine 30,0 % (N = 45), a nešto manje ih je neutralno u obje skupine. To znači da se s tvrdnjom *Zadovoljan sam prošlim životom.* niti slaže, niti ne slaže iz urbane 21,3 % (N = 32) ispitanika, a iz ruralne 27,3 % (N = 41). Iz obje promatrane sredine onih koji misle da se tvrdnja ne odnosi na njih je 19,3 % (N = 29), dok je 10,7 % (N = 16) onih koji se u potpunosti slažu s tvrdnjom. Unatoč nekim razlikama na temelju razine signifikantnosti koja iznosi 0,396 ($p > 0,05$), može se utvrditi da nije uočena statistički značajna razlika. Da je život ispitanika u prošlosti bio idealan, najviše ih se izjasnilo neutralno, niti se odnosi na mene, niti se ne odnosi iz urbane sredine 30,7 % (N = 46), a iz ruralne 32,0 % (N = 48). Uopće se ne slaže s takvom tvrdnjom 22,7 % (N = 34) ispitanika iz urbane sredine i 20,7 % (N = 31) iz ruralne, dok se uglavnom tvrdnja ne odnosi na njih 16,0 % (N = 24) iz urbane sredine i 24,7 % (N = 37) iz ruralne. Da im je život u prošlosti bio idealan, misli njih 23,3 % (N = 35) iz urbane i 16,7 % (N = 25) iz ruralne sredine. Također, više ispitanika iz ruralne sredine u potpunosti se slaže da im je život u prošlosti bio idealan 7,3 % (N = 11), a iz ruralne 6,0 % (N = 9). Rezultati ukazuju da je manje ispitanika iz ruralnih sredina koji misle da je njihov život u prošlosti bio idealan, premda nije nađena statistički značajna razlika ($p > 0,05$). Dobivene rezultate moguće je tumačiti tako da su ljudi iz ruralnih mjesta u prošlosti više radili teže i zahtjevnije poslove od osoba koje su živjele u Gradu Zagrebu. Ispitanici spadaju u generacije koje su stvarale i radile u godinama industrijalizacije i razvoja poljoprivrede bez mehanizacije suvremenog doba pa je zato pretpostavka da se najmanje ispitanika iz ruralnih područja u potpunosti slaže s tvrdnjom da su uvjeti života u prošlosti bili izvrsni 4,0 % (N = 6), dok se za istu tvrdnju iz urbane sredine u potpunosti slaže 11,0 % (N = 17) starijih osoba. Također, kao i u prethodnoj tvrdnji pokazalo se da je najviše onih koji imaju neutralno slaganje, niti se odnosi, niti se ne odnosi na njih iz urbane sredine 24,0 % (N = 36), iz ruralne 27,3 % (N = 41), uopće se ne slažu iz urbane 20,7 % (N = 31), iz ruralne 28,0 % (N = 42), uglavnom se tvrdnja ne odnosi na njih iz urbane 16,0 % (N = 24), a iz ruralne 24,0 % (N = 36). Da se tvrdnja o izvrsnosti života u prošlosti uglavnom odnosi

na ispitanike smatra njih iz urbane 23,3 % (N = 35), iz ruralne 16,7 % (N = 25). U odgovorima ispitanika za navedenu tvrdnju s obzirom na urbano/ruralni prostor nije nađena statistički značajna razlika ($p > 0,05$). O zadovoljstvu važnim stvarima koje su ispitanici posjedovali u prošlom životu također nije nađena statistička značajna razlika među promatranim sredinama ($p > 0,05$). Analizom rezultata može se utvrditi da se kod većine starijih ljudi i iz urbane i ruralne sredine distribucija odgovora kreće u nižim ocjenama. Veći broj ispitanika iz urbane sredine navodi da su u prošlosti imali sve važne stvari 12,0 % (N = 18), dok je iz ruralne sredine takvih samo 5,3 % (N = 8). Jednako tako je nešto veći broj starijih ljudi iz urbane sredine koji navode da su u prošlosti uglavnom imali sve važne stvari 28,7 % (N = 43), dok je iz ruralne 24,7 % (N = 37). Dobiveni rezultati govore u prilog tome da ispitanici iz oba promatrana područja vrednuju događanja iz prošlosti i da su stariji ljudi u procjeni zadovoljstva životom usmjereni na uspjehe i događanja koja pripadaju njihovom životu iz prošlog vremena. Slične rezultate je pokazalo istraživanje koje je provedeno među adolescentima i starijoj populaciji, gdje se pokazalo da su adolescenti u odnosu na starije ispitanike značajno lošije procijenili zadovoljstvo prošlim životom. Autor tumači da su rezultati razumljivi s obzirom na to da su mladi orijentirani na budućnost, a stariji zbog ispunjavanja nekih životnih ciljeva za procjenu zadovoljstva u odnosu na mlade više vrednuju ono što je bilo u prošlosti (Penezić 2013, 662). Izgleda da starenjem dolazi do stabilnog osjećaja sadašnjeg zadovoljstva životom. Analizom odgovora na tvrdnju *U svom sadašnjem životu ne bih ništa mijenjao*, s obzirom na urbana i ruralna mjesta signifikantnost iznosi 0,382 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika. Distribucija odgovora uglavnom pokazuje da starije osobe iz svih promatranih prostora pokazuju neutralnost u promatranoj varijabli, iz urbane 25,5 % (N = 38), iz ruralne 30,7 % (N = 46). Da su se stariji ljudi pomirili sa sadašnjim životom, može se zaključiti iz odgovora da se uglavnom tvrdnja o mijenjanju sadašnjeg života ne odnosi na njih, iz urbane sredine 26,8 % (N = 40), a iz ruralne 32,0 % (N = 48). Jednako se ispitanici iz oba promatrana prostora uglavnom slažu da se navedena tvrdnja ne odnosi na njih, što znači da bi samo 17,4 % (N = 26) ispitanika mijenjali svoj sadašnji život. Iako ne postoji statistički značajna razlika među ispitanicima iz urbanog i ruralnog prostora u odgovorima o zadovoljstvu sadašnjim životom ($p > 0,05$), ipak je kod većine ispitanika distribucija odgovora koncentrirana od neutralnog do najniže moguće ocjene skale Likertovog tipa. Međutim, nije nezanemariv broj starijih osoba koji su zadovoljni svojim sadašnjim životom. Trećina ispitanika iz urbane sredine, njih 34,0 % (N = 51), uglavnom se slaže da im je sadašnji život dobar, dok ih je iz ruralne 33,3 % (N = 50). Potpuno zadovoljstvo sadašnjim životom ocijenilo je iz urbane sredine 10,0

% (N = 15), iz ruralne 14,0 % (N = 21) ispitanika. Da je život starijih ljudi koji su sudjelovali u istraživanju blizu idealnom, uopće se ne slaže jednaki broj osoba iz oba promatrana prostora, njih 24,0 % (N = 36). Pokazalo se da je najveći broj ispitanika dalo neutralni odgovor, iz urbane sredine 33,3 % (N = 50), iz ruralne 30,7 % (N = 46), dok je najmanje starijih ljudi koji se u potpunosti slažu da je njihov sadašnji život blizu idealnog iz urbane sredine 6,7 % (N = 10), a iz ruralne samo 2,0 % (N = 3). Rezultati su pokazali da nema statistički značajne razlike među starijim ljudima iz urbanog i ruralnog prostora u navedenoj promatranoj varijabli ($p > 0,05$). Također nije uočena statistički značajna razlike među starijim ljudima iz urbanog i ruralnog prostora na tvrdnju o izvrsnosti sadašnjeg života ($p > 0,05$). Kao kod prethodne, tako i kod ove varijable najviše starijih osoba dalo je neutralne odgovore na tvrdnju o izvrsnosti uvjeta sadašnjeg života, iz urbane 30,0 % (N = 45), a iz ruralne samo 34,7 % (N = 52). Uopće s time ne slaže iz urbane njih 20,0 % (N = 30), a iz ruralne samo 18,0 % (N = 27). Da se u potpunosti slažu o izvrsnim uvjetima sadašnjeg života, misli najmanji broj ispitanika iz urbane sredine 8,7 % (N = 13), a iz ruralne samo 2,7 % (N = 4). Da trenutno posjeduju sve važne stvari u životu misli samo 10,0 % (N = 15) ispitanika iz urbane sredine, a još manje iz ruralne 6,7 % (N = 10). Nadalje, kod tvrdnje o posjedovanju željenih svih važnih stvari koje su potrebne za život najviše ispitanika je dalo neutralne odgovore, iz urbane sredine 31,3 % (N = 47), a iz ruralne samo 30,0 % (N = 45). Iz obje skupine skoro trećina ispitanika uglavnom se slaže da imaju sve važne stvari koje žele u životu, iz urbane sredine njih 30,7 % (N = 46), a iz ruralne samo 35,3 % (N = 53). Međutim, treba naglasiti da niti kod ove promatrane varijable nije nađena statistički značajna razlika između ispitanika u promatranim prostorima (signifikantnost $p > 0,05$). Analiza rezultata iz prethodnih varijabli upućuje na to da najmanji broj ispitanika svoj sadašnji život procjenjuje izvrsnim, odnosno idealnim.

S obzirom na to da su kod starije populacije perspektive budućeg djelovanja prilično vremenski ograničene, za očekivati je da će zadovoljstvo budućim životom pokazivati manje optimizma i da će biti negativno raspoloženi prema životu u budućnosti. Odgovori na sljedećih pet pitanja koja se odnose na procjenu zadovoljstva budućim životom trebali bi odgovoriti na navedenu pretpostavku. Da u budućnosti u svom životu neće ništa promijeniti, uopće se ne slaže 14,0 % (N = 21) ispitanika iz urbane sredine i 12,7 % (N = 19) iz ruralne sredine. Najviše je starijih ljudi dalo neutralne odgovore, njih 33,3 % (N = 50) iz urbane i 28,0 % (N = 42) iz ruralne sredine. Ispitanici kod kojih postoji visoka razina optimizma i koji se nadaju da će u budućnosti nešto moći mijenjati je 12 % (N = 18) iz urbane i 11,3 % (N = 17) iz ruralne sredine, dok je 26 % (N = 39) iz urbane i 30,7 % (N = 46) iz ruralne

sredine starijih osoba koje se uglavnom slažu da se u budućnosti ništa u njihovim životima neće promijeniti. Ispitanici koji su čvrstog uvjerenja da se u njihovoj budućnosti neće ništa promijeniti je 14,7 % (N = 22) iz urbane sredine i nešto više iz ruralne sredine, njih 17,3 % (N = 26). Unatoč različitim promišljanima o budućnosti nije uočena statistički značajna razlika među ispitanicima s obzirom na to žive li u urbanom ili ruralnom prostoru (signifikantnost $p > 0,05$) (tabela 45).

Da stariji ljudi svoju budućnost promatraju manje ugodnom, pokazuju rezultati dobiveni analizom tvrdnje o sigurnom budućem zadovoljstvu životom. Razina signifikantnosti kod tvrdnje *Bit ću zadovoljan svojim budućim životom.* s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,012 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima, njih 36,0 % (N = 54) u odnosu na 27,3 % (N = 41) ispitanika iz urbanih mjesta. Uopće se ne slaže s navedenom tvrdnjom iz urbane sredine njih 19,3 % (N = 29) u odnosu na 10,7 % (N = 16) ispitanika iz ruralnih mjesta. Razlika u distribuciji odgovora onih koji misle da se tvrdnja uglavnom ne odnosi na njih iz urbane sredine je 9,3 % (N = 14) u odnosu na 18,0 % (N = 27) starijih osoba iz ruralne sredine. Iz urbane sredine je 8,7 % (N = 13) u odnosu na 10,7 % (N = 16) starijih osoba iz ruralne sredine koji potpuno vjeruju u zadovoljstvo svoga budućeg života (tabela 46).

Izgleda da je veći optimizam prisutan kod starijih ljudi u ruralnim sredinama, što potvrđuje distribucija odgovora sljedećih tvrdnji o zadovoljstvu budućim životom. Tvrdnja o zadovoljstvu budućeg života potvrđuje razliku u optimizmu budućeg života starijih ljudi koji žive u različitim sredinama. Naime, razina signifikantnosti na tvrdnju *Očekujem da će moja budućnost biti idealna.* s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,020 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima 23,3 % (N = 22) u odnosu na 14,7 % (N = 35) ispitanika iz urbanih mjesta. Da se uopće se ne slažu s navedenom tvrdnjom, navelo je 35,3 % (N = 53) ispitanika iz urbane sredine u odnosu na 19,3 % (N = 29) ispitanika iz ruralnih mjesta. Postoji razlika u distribuciji odgovora uglavnom se ne odnosi na mene, 16,0 % (N = 24) iz urbane sredine u odnosu na 22,0 % (N = 33) starijih osoba iz ruralne sredine. Najmanje je onih starijih ljudi

iz obje promatrane sredine koji vjeruju u da će njihova budućnost biti u potpunosti idealna, iz urbane sredine 6,0 % (N = 9) i 5,3 % (N = 8) iz ruralne sredine (tabela 47).

Ispitanici iz urbane sredine, njih 33,3 % (N = 50) u odnosu na 18,0 % (N = 27) iz ruralne sredine uopće se ne slažu da će njihovi životni uvjeti u budućnosti biti idealni. Pogleda li se razina signifikantnosti kod tvrdnje *Uvjeti mog budućeg života bit će idealni*, s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti kako vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,011 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta. Pri tome je također značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima 21,3 % (N = 32) u odnosu na 12,0 % (N = 18) ispitanika iz urbanih mjesta (tabela 48).

Također je nađena statistički značajna razlika u mjerenju budućeg zadovoljstva životom kod tvrdnje *U budućnosti ću imati sve važne stvari koje želim*, s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta. Fisherov egzaktni test iznosi 0,039 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika. Pri tome je značajno veći udio ispitanika koji navode uglavnom se odnosi na mene u ruralnim mjestima 26,0 % (N = 39) u odnosu na 15,3 % (N = 23), ispitanika iz urbanih mjesta (tabela 49).

U tablici 57 prikazana je signifikantnost za temporalno zadovoljstvo budućim životom gdje p iznosi manje od 5 % ($p = 0,042$), što potvrđuje da postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo budućim životom s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta. U tabeli 56 može se uočiti da su rangovi viši, odnosno vrijednost odgovora je veća za ispitanike iz ruralnih mjesta.

Resnick (2007, 29) navodi da funkcionalna sposobnost starije osobe od 70 godina može biti očuvana tako da se ne razlikuje od funkcionalne sposobnosti 45-godišnjaka. Ograničenja u aktivnostima svakodnevnog života (ADL) pokazuju ovisnost pojedinca o drugima, s potrebom za pomoć u svakodnevnom životu. Sama ograničenja utječu na širok spektar aktivnosti svakodnevnog života, kao što su odlazak u kupovinu, čišćenje, priprema hrane, pranje i glačanje, korištenje prijevoza, socijalno druženje, upravljanje financijama i sl. (Christensen idr. 2009, 6). Fizičko zdravlje je iznimno važno za cjelokupno blagostanje osobe i najprepoznatljivije je u odnosu na ostale dimenzije zdravlja koje također uključuju socijalno, intelektualno, emocionalno, duhovno i ekološko zdravlje. Jedan od prvih pokazatelja narušenog zdravlja jesu znakovi lošeg fizičkog zdravlja (Karmakar i Pant 2017, 317). Barthelov indeks je najčešće korišteni instrument za procjenu samostalnosti. U

disertaciji Barthelovim indeksom aktivnosti u svakodnevnom životu kod ispitanika promatranih skupina pokušalo se utvrditi postoji li razlika u obavljanju aktivnosti svakodnevnog funkcioniranja. Mogući ukupan rezultat varira od 0. do 20. pri čemu niži zbroj označava povećanu nesposobnost. Funkcionalna onesposobljenost javlja se kod starijih ljudi kao pojavnost gerijatrijskog domino efekta nazvanim „5N“, što uključuje nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost, nekontrolirano mokrenje i polipragmazija i negativni ishod liječenja (Tomek-Roksandić idr. 2016). Rezultati provedenog istraživanja u Zagrebu među sto starijih osoba oba spola grupiranih u dvije skupine, gdje su prvu skupinu činili ispitanici kojima se pruža zdravstvena njega u kući, a drugu skupinu oni kojima se ne pruža, pokazali su da je prosječan broj bodova kod ispitanika koji imaju njegu iznosio 9,20, dok je kod ispitanika koji nisu imali njegu iznosio 18,28. Zanimljivo je da kod ispitanika kod kojih je utvrđena teška ovisnost o tuđoj pomoći ($5 - 12 =$ teška ovisnost), u odgovorima na pitanje o samoprocjeni kvalitete života, nije nađena statistički značajna razlika u odnosu na skupinu kod koje se utvrdila umjerena do mala ovisnost (Županić 2018, 89). Rezultati navedenog istraživanja ukazuju da loša funkcionalna sposobnost kao objektivni pokazatelj ne utječe na samoprocjenu kvalitete života koja je pokazatelj subjektivnog tipa. U Hrvatskoj 2011. se bolest pokazala da u 72,05 % ($N = 254\ 523$) je uzrok funkcionalne onesposobljenosti u dobi od 65 i više godina, dok je u Gradu Zagrebu bolest razlog funkcionalne onesposobljenosti kod 66,69 % ($N = 36\ 025$) starije populacije (Tomek-Roksandić idr. 2016, 371 - 375). Rezultati koji su dobiveni u disertaciji ukazuju da postoji razlika u aktivnostima u svakodnevnom životu kod starijih osoba u odnosu žive li u urbanom ili ruralnom prostoru. Pogleda li se razina signifikantnosti kod Barthelovog indeksa s obzirom na ispitanike iz urbanih i ruralnih mjesta, može se uočiti da vrijednost Fisherovog egzaktnog testa iznosi 0,036 ($p < 0,05$). To znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na vrijednost Barthelovog indeksa. Pri tome je značajno veći udio ispitanika iz urbanih mjesta kod kojih je prisutna potpuna neovisnost 42,3 % ($N = 63$), umjerena ovisnost prisutnija je u ruralnim mjestima 42,7 % ($N = 63$), dok je veći udio teške ovisnosti zabilježen u urbanim mjestima 16,1 % ($N = 24$) (graf 12).

Analizirajući rezultate istraživanja u disertaciji iz tabele 53 mogu se iščitati razlike u prosječnoj vrijednosti pokazatelja u navedenim prostorima (urbana/ruralna). Kada se analiziraju deskriptivni pokazatelji Barthelovog indeksa, aritmetička se sredina kreće od najmanje vrijednosti ,8000 za kupanje kod ispitanika iz urbanog prostora do najvećih vrijednosti za pokretljivost kod ispitanika iz ruralnog prostora 2.6600. Istraživanjem je

uočena statistički značajna razlika među ispitanicima iz urbanih i ruralnih mjesta samo za domenu kod uporabe toaleta iz Barthelovog indeksa. Ispitanici su korištenje toaleta mogli procijeniti time da su ovisni, da im je potrebna izvjesna pomoć, ali da nešto mogu uraditi sami ili da su potpuno neovisni. Za uporabu toaleta kod urbanih ispitanika vrijednosti aritmetičke sredine rangova iznose 140,87, dok je kod ruralnih ispitanika ta vrijednost 160,13. Vrijednost p iznosi manje od 5 % ($p = 0,007$) što se može vidjeti u tabeli 54, odnosno može se vidjeti da su rangovi viši (vrijednost odgovora je veća) za ispitanike iz ruralnih mjesta.

Istraživanjem je utvrđeno da postoji statistički značajna povezanost između pojedinih varijabli kvalitete života, indeksa aktivnosti u svakodnevnom životu i zadovoljstva životom, što znači da je Hipoteza 4 potvrđena.

Kako bi se uočile razlike u promatranim sociodemografskim i socioekonomskih pokazateljima, te kako bi se testirale postavljene hipoteze: Hipoteza 1., Hipoteza 2. i Hipoteza 4. rađena je komparativna analiza dobivenih rezultata provedenog testiranja unutar skupina ispitanika iz urbanih i ruralnih sredina.

Kod ispitanika muškog spola iz urbane sredine, temporalno zadovoljstvo prošlim životom pokazalo se statistički značajno pozitivno povezano, dok spol ispitanika iz ruralne sredine nije bila povezana niti jednim pokazateljem kvalitete života.

Iz urbane sredine dob ispitanika od 65 do 75 godina pokazala je značajno pozitivnu povezanost s domenama fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa te temporalnim zadovoljstvom sadašnjeg života i Barthelovim indeksom. Značajna pozitivna povezanost kod ispitanika iz ruralne sredine pokazala se između dobi ispitanika od 65 do 75 godina i samo u domeni fizičkog zdravlja i Barthelovim indeksom. Sve navedeno upućuje na to da se s povećanjem dobi kvaliteta života smanjuje.

Obrazovanje se također pokazalo povezano s procjenom kvalitete života. Kod ispitanika iz urbane sredine koji su završili višu školu ili fakultet pokazala se pozitivna povezanost s domenama fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlja, društvenih odnosa, temporalnim zadovoljstvom prošlim životom, sadašnjim životom i budućim životom te ukupnim rezultatom iz Barthelovog indeksa. Nasuprot tim rezultatima, kod ispitanika iz ruralne sredine pozitivna povezanost je uočena za ukupan rezultat iz Barthelovog indeksa s ispitanicima koji imaju srednju školu. Kod ispitanika koji žive u urbanoj sredini pokazala se

pozitivno statistički značajna povezanost između temporalnog zadovoljstva prošlim životom i trenutnim životom sa supružnikom.

Kod ispitanika iz ruralnih sredina pokazala se pozitivna povezanost kod onih koji trenutno žive s obitelji ili s ostalim članovima i temporalnim zadovoljstvom sadašnjega života. Bračni status je pokazatelj koji se pokazao značajnim samo kod ispitanika koji žive u urbanom prostoru. Naime, povezanost rastavljenih ispitanika s temporalnim zadovoljstvom budućeg života pokazala se značajno statistički pozitivna. Kada se analiziraju rezultati povezanosti mjesečnih prihoda s pokazateljima kvalitete života i kada se ti isti rezultati komparativno uspoređuju između ispitanika iz urbane i ruralne sredine, može se utvrditi da i tu postoji statističkih značajnih razlika.

Kod osoba iz urbane sredine postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, ukupan rezultat Barthelovog indeksa s obzirom na mjesečni prihod ispitanika. Vrijednost odgovora je najveća za ispitanike koji imaju od 5001 HRK do 6500 HRK ili više od 6500 HRK primanja. Za razliku od ispitanika iz urbane sredine, kod ispitanika iz ruralne sredine nije uočena povezanost zadovoljstva prošlim i budućim životom s financijskim prihodima. U ostalim pokazateljima je također vrijednost odgovora najveća za ispitanike koji imaju od 5001 HRK do 6500 HRK ili više od 6500 HRK primanja.

Percepcija materijalnog stanja kod ispitanika iz urbane sredine pokazala je pozitivnu značajnu povezanost s fizičkim zdravljem, psihičkim zdravljem, društvenim odnosima, utjecaju okoline, zadovoljstvom sadašnjim životom s ispitanicima koji su svoje materijalno stanje procijenili nešto bolje od prosjeka i mnogo bolje od prosjeka (tabela 71).

Za ispitanike iz ruralne sredine koji su svoje materijalno stanje procijenili prosječno ili nešto bolje od prosjeka postoji statistički značajna razlika za fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društvene odnose, utjecaj okoline, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, temporalno zadovoljstvo budućim životom (tabela 87 i 88). Također, iz tabele 73 može se utvrditi da kod onih ispitanika koji navode da su rastavljeni/rastavljena postoji veća povezanost s pokazateljima kvalitete života iz domene utjecaja okoline i temporalnim zadovoljstvom budućega života, dok kod oženjenih/udatih

ispitanika iz ruralne sredine postoji statistička pozitivna povezanost s temporalnim zadovoljstvom sadašnjeg života i ukupnim rezultatom Barthelovog indeksa.

Kada se uspoređuju pokazatelji kvalitete života promatranih skupina koristeći Spearmanov koeficijent korelacije također se može utvrditi da postoje statistički značajne razlike. Unutar skupine ispitanika iz urbane sredine razina korelacije između svih promatranih varijabli je pozitivna i značajna i radi se o korelacijama od slabog do srednjeg intenziteta, a najveće korelacije zabilježene su između varijabli: psihičko zdravlje i utjecaj okoline ($r = 0,795$; $p < 0,00$), fizičko zdravlje i psihičko zdravlje ($r = 0,724$; $p < 0,00$) te fizičko zdravlje i utjecaj okoline ($r = 0,694$; $p < 0,00$) (tabela 74).

Istom statističkom metodom kod ispitanika iz ruralne sredine razina korelacije između svih promatranih varijabli je također pozitivna i značajna. Kao i kod ispitanika iz urbane sredine i ovdje se u većini promatranih slučajeva radi o korelacijama od slabog do srednjeg intenziteta, dok su najveće korelacije zabilježene između varijabli: fizičko zdravlje i psihičko zdravlje ($r = 0,811$; $p < 0,00$), temporalno zadovoljstvo – sadašnjim životom i temporalno zadovoljstvo – budućim životom ($r = 0,772$; $p < 0,00$) te utjecaj okoline i temporalno zadovoljstvo – sadašnjim životom ($r = 0,702$; $p < 0,00$) (tabela 91).

Kako bi se uočilo kod kojih promatranih područja je najviša i najniža razlika u odgovorima na sve promatrane kategorije analize, učinjena je testna statistika koristeći Kruskal Wallis Test. Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika za temporalno zadovoljstvo prošlim životom i ukupan rezultat Barthelovog indeksa gdje je vrijednost odgovora najveća za ispitanike iz Bjelovarsko-bilogorske županije. Istom usporedbom među tri županije (ruralnim prostorom) u tabeli 95 može se uočiti da je signifikantnost za društvene odnose, temporalno zadovoljstvo prošlim životom, temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom, vrijednost za ukupan rezultat Barthelovog indeksa manja od 5 % ($p < 0,05$), što znači da postoji statistički značajna razlika. Vrijednost odgovora je najveća za društvene odnose i temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom za ispitanike iz Krapinsko-zagorske županije, dok je vrijednost odgovora najveća za temporalno zadovoljstvo prošlim životom i za ukupni rezultat Barthelovog indeksa za ispitanike iz Bjelovarsko-bilogorske županije. Sudeći po navedenim rezultatima jedino kod ispitanika iz Ličko-senjske županije razlike u pokazateljima kvalitete života nisu uočene (tabela 94). Kao što je već naglašeno, kvaliteta života je subjektivna percepcija čija se procjena važnosti može razlikovati među

pojedincima. Ovo je istraživanje dalo informacije koje domene kvalitete života stariji ljudi smatraju važnim s obzirom na hrvatski prostor u kojem žive.

Iz svega navedenog može se zaključiti da su rezultati istraživanja pokazali da postoje statistički značajne razlike u mjerenim pokazateljima kvalitete života ovisno o tome žive li stariji ljudi u urbanom ili ruralnom hrvatskom prostoru. Jednako tako može se zaključiti da uspoređujući rezultate postoje statistički značajne razlike u pojedinim sociodemografskim i socioekonomskim pokazateljima koji mogu biti bitne informacije u prezentiranju stvarnog stanja i položaja starijih ljudi u hrvatskom prostoru. Također, istraživanje je utvrdilo da postoje značajne prostorne različitosti pri usporedbi pojedinih varijabli kvalitete života s ukupnim zadovoljstvom života.

4 ZAKLJUČAK

Rezultati u disertaciji utvrdili su da postoje razlike u pokazateljima kvalitete života kod starijih osoba koje žive u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru. S obzirom na brojnost čimbenika koji utječu na kvalitetu života starije dobi, razlikama u stupnju razvijenosti pojedinih hrvatskih prostora i razlikama u percepciji starijih osoba, starost se ne može sagledavati isključivo kao biološki fenomen, već kao društveno konstruiran pojam čije određenje ovisi o sociokulturnim čimbenicima – političkim, regionalnim, ekonomskim i drugim. U cilju učinkovitosti zaštite starije populacije trebali bi se razviti okviri i djelotvorni mehanizmi koji su poglavito usmjereni prema stvarnim potrebama temeljenim na istraživačkoj paradigmi. U svakoj lokalnoj zajednici može se organizirati program skrbi za starije sukladan različitim mogućnostima i potrebama starijih ljudi, ovisno o tradicionalnim, kulturnim, povijesnim i drugim razlikama među njima. Ovim istraživanjem s praktične se strane prvenstveno htjelo identificirati čimbenike, osobito one koji kvalitetu života čine lošijom. Usporedbom pokazatelja kvalitete života ovisno o prostoru, ovo istraživanje može doprinijeti u planiranju javnozdravstvenih i socijalnih programa skrbi starije populacije. Također, rezultati istraživanja mogli bi biti korišteni kao bazično polazište informiranog pristupa u oblikovanju teritorijalnih politika u skrbi starijih ljudi u Hrvatskoj. Na temelju potvrde regionalne urbano-ruralne različitosti kod statistički značajnog broja pokazatelja kvalitete života starije populacije, ovo bi istraživanje moglo poslužiti kao dobra znanstveno opravdana nacionalna platforma za kreiranje i koordinaciju različitih regionalnih gospodarskih, zdravstvenih i socijalnih politika. Jednako tako rezultati pokazatelja kvalitete života mogli bi imati elemente teorijskog okvira zadovoljstva životom koji prikazuje

međusobni utjecaj domena specifičnih područja života i ukupne procjene zadovoljstva kvalitetom života starije populacije. Detaljne analize istraživanja mogle bi poslužiti za razvoj gerontološke profesije, osnaživanje javne i civilne mreže za njegu i pomoć starijim ljudima, a time i jačanju programa međugeneracijske solidarnosti na nacionalnoj i lokalnoj razini. Detaljna analiza rezultata istraživanja može koristiti za detektiranje potreba starije populacije na lokalnoj razini. Rezultati su ukazali na postojanje razlika u pokazateljima kvalitete života i istovremeno su otvorili prostor za daljnja znanstvena proučavanja značajnih ekonomskih, socijalnih, demografskih potencijala, uvažavajući sve lokalne i regionalne specifičnosti.

5 LITARATURA

1. Acree, Luke S, Jessica Longfors, Anette S Fjeldstad, Cecilie Fjeldstad, Bob Schank, Kevin J. Nickel, Polly S. Montgomery i Andrew W. Gardner. 2006. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes* 4 (37): 1–6.
2. Allen, Jessica. 2008. *Older people and wellbeing*. London: Institute for Public Policy Research.
3. Ambrosi-Randić, Neala i Marlena Plavšić. 2008. *Uspješno starenje*. Pula: Plava Rijeka d. o. o.
4. Anaby, Dana, William C. Miller, Janice J. Eng, Tal Jarus i Luc Noreau. 2011. Participation and well-Being Among Older Adults Living with Chronic Conditions. *Social Indicators Research* (100): 171–183.
5. Andrijašević, Mirna i Martin Andrijašević. 2006. *Sportska rekreacija – faktor kvalitet života osoba starije životne dobi*. 15. ljetna škola kineziologa Republike Hrvatske. 266–270.
6. Aronson, Eliot, Timothy D Wilson i Robin M Akert 2005. *Socijalna psihologija – četvrto izdanje*. Zagreb: Mate d. o. o.
7. Arslantas, Didem, Aleattin Unsal, Selma Metintas, Filiz Koc i Ali Arslantas. 2009. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48 (2): 127–131.
8. Astiaso Garcia, Davide, Fabrizio Cumo, Elisa Pennacchia, Valentina Stefanini Pennucci i dr. 2017. Assessment of a urban sustainability and life quality index for

- elderly. *International Journal of Sustainable Development and Planning* 12 (5): 908-921.
9. Ayis, Salma, Rachael Gooberman-Hill, Bowling Ann Bowling i Ebrahim Shas. 2006. Predicting catastrophic decline in mobility among older people, Age and Ageing. *Age Ageing* 35 (4): 382–387.
 10. Bara, Mario i Sonja Podgorelec. 2015. Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. *Etnološka tribina* 38 (45): 58–71.
 11. Baernholdt, Marianne, Guofen Yan, Ivora Hinton, Karen Rose i Meghan Mattos. 2012. Quality of Life in Rural and Urban Adults 65 Years and Older: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey. *The Journal of Rural Health* *J Rural Health* 28 (4): 339–347.
 12. Baker, Lindsey A, Lawrence Cahalin, Kerstin Gerst i Jeffrey Burr. 2005. Productive activities and subjective well-being among older adults: The influence of number of activities and time commitment. *Social Indicators Research* 73 (3): 431–458.
 13. Beard, John R. i Charles, Petitot. 2010. Ageing and Urbanization: Can Cities be Designed to Foster Active Ageing *Public Health Reviews* 32 (2): 427–450.
 14. Benc, Gordana, Damir Ljubotina i Blaženka Slavica. 2004. Struktura obitelji i životni uvjeti obitelji u selu i gradu. *Sociologija sela*. 42. 163/164, (1/2): 23–43.
 15. Berger, Raqota. 2017. Aging in America: Ageism and General Attitudes toward Growing Old and the Elderly. *Open Journal of Social Sciences* 5 (08): 183–198.
 16. Berk, Laura E. 2008. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
 17. Borg, Peter Paul, Hartmut Buchow, Elodie Cayotte, Arturo de la Fuente Nuño, Bart de Norre, Gerard Hanney-Labastille, Diana Ivan, Annika Johansson, Dorota Kawiorska, Denis Leythienne, Monica Marcu, Jukka Piirto, Anna Rybowska, Fabio Sartori, Heidi Seybert, Ceri Thompson i Ulrich Wieland. 2011. *Eurostat statistical books, European Commission Active ageing and solidarity between generations – A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
 18. Bowling, Ann. 2005a. *Ageing well-quality of life in Old Age*. England: Open University Press.
 19. Bowling, Ann. 2008b. Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging & Mental Health* 12 (3): 293–301.
 20. Bracanović, Zlatka i Janja Robida. 2014. informational integration process of elderly people in daily modern communication. *Informatol* 47 (23): 150–156.

21. Brajković, Lovorka. 2011. Kvaliteta života u trećoj životnoj dobi nakon umirovljenja. U *Kvaliteta života i zdravlje*. ur. Vuletić, Gorka i sur. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayer u Osijeku.
22. Brandtstädter, Jochen i Werner Greve. 1994. The aging self: stabilizing and protective processes. *Developmental Review* 14 (1): 52–80.
23. Carmel, Sara i Judith H. Bernstein. 2003. Gender differences in physical health and psychosocial well being among four age-groups of elderly people in Israel. *International Journal of Aging & Human Development* 56 (2): 13–131.
24. Chin A PAW, Marijke J. M., Mireille N. M. VAN POPPEL i Willem VAN MECHELEN. 2006. Effects of resistance and functional-skills training on habitual activity and constipation among older adults living in long-term care facilities: a randomized controlled trial. *BMC geriatric* (6): 9.
25. Cicak, Maca. 2010. Obitelj i udovištvo. *Ljetopis socijalnog rada* 17 (1): 109–127.
26. Cigić Gavrilović, Dunja. 2016. *Zahvalnost kao prediktor subjektivnog blagostanja*. Doktorska disertacija. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu filozofski fakultet odsek za psihologiju.
27. Cobb, Sindey. 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine* 38 (5): 300–314.
28. Cohen-Mansfield, Jiska, Haim Hazan, Yaffa Lerman i Vera Shalom. 2016. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International psychogeriatrics* 28 (4): 557–576.
29. Cooper, Rachel, Mai Stafford, Rebecca Hardy, Avan Aihie Sayer, Yoav Ben-Shlomo, Cyrus Cooper, Leone Craig, Ian J. Deary, John Gallacher, Geraldine McNeill, John M. Starr, Diana Kuh i Catharine R. Gale. 2014. Physical capability and subsequent positive mental wellbeing in older people: findings from five HALCYON cohorts. *Age* 36 (1): 445–456.
30. Cornwell, Erin York i Linda J. Waite 2009. Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of health and social behavior* 50 (1): 31–48.
31. Costanza, Robert, Brendan Fisher, Saleem Ali, Caroline Beer, Lynne Bond, Roelof Boumans, Nicholas L. Danigelis, Jennifer Dickinson, Carolyn Elliott, Joshua Farley, Diane Elliott Gayer, Linda MacDonald Glenn, Thomas R. Hudspeth, Dennis F. Mahoney, Laurence McCahill, Barbara McIntosh,

- Brian Reed, Abu Turab Rizvi, Donna M. Rizzo, Thomas Simpatico i Robert Snapp. 2008. An integrative approach to quality of life measurement, research, and policy. *SAPI EN. S. Surveys and Perspectives Integrating Environment and Society* 1 (1).
32. Cummins Robert A. 1998. *Quality of life definition and terminology: a discussion document from the International Society for Quality of Life Studies*. Dostupno na: <http://www.isqols.org/resource/quality-of-life-definition-and-terminology/> (2. siječnja 2018.).
 33. Čanković, Sonja, Eržebet Ač-Nikolić, Vesna Mijatović-Jovanović, Svetlana Kvrđić, Sanja Harhaji i Ivana Radić. 2016. Quality of life of elderly people living in a retirement home. *Vojnopsanit Pregl* 73 (1): 42–46.
 34. Dharmo, Eris i Nevila Kocollari. 2014. Older People Quality of Life Evaluation. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 5 (13): 385–390.
 35. Defilips, Josip. 2005. Hrvatska u ruralnom prostoru Europe. *Sociologija sela* 43 (4): 823–836. Dostupno na: <https://www.agroklub.com/dokumenti/hrvatska-u-ruralnom-prostoru-europe/1655/> (10. ožujka 2017.).
 36. Despot-Lučanin, Jasminka. 2003. *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
 37. Despot Lučanin, Jasmina i Damir Lučanin. 2010. Psihosocijalni prediktori promjena u kognitivnim funkcijama u starosti. *Suvremena psihologija* 13 (2): 221–234.
 38. Dijanić Plašč, Ivana i Maja Mamula. 2007. *Seksualnost u trećoj životnoj dobi – Identifikacija i uklanjanje postojećih predrasuda*. Zagreb: Ženska soba – Centar za seksualna prava.
 39. Dobrotić, Ivana, Ana Hromatko, Lidija Japec, Teo Matković i Zoran Šućur. 2007. *Kvaliteta života i rizik od socijalne isključenosti*. Zagreb: Program Ujedinjenih naroda za razvoj (UNDP) u Hrvatskoj.
 40. Dong, XinQi, E-Shien Chang, Esther Wong, Melissa Simon. 2012. Perception and negative effect of loneliness in a Chicago Chinese population of older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 54 (1): 151–159.
 41. Drobnič, Sonja, Barbara Beham i Patrick Präg. 2010. Good job, good life? Working conditions and quality of life in Europe. *Social indicators research* 99 (2): 205–225.
 42. Dragišić Labaš, Slađana M. 2016. *Aktivno starenje u Beogradu*. Beograd: Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
 43. Državni Zavod za statistiku. 2013a. *Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011. stanovništvo prema spolu i starosti*. Dostupno na:

- <http://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/censustabshtm.htm> (10. veljače 2017.).
44. Državni zavod za statistiku. 2016b. Žene i muškarci u Hrvatskoj 2016. Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/menandwomen/men_and_women_2016.pdf (10. siječnja 2019.).
 45. Dubey, Aruna, Seema Bhasin, Neelima Gupta i Neeraj Sharma. 2011. A study of elderly living in old age home and within family set-up in Jammu. *Studies on Home and Community Science* 5 (2): 93–98.
 46. Duraković, Zijad. 2007. *Gerijatrija: Medicina starije dobi*. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije d. o. o.
 47. Duraković, Zijad i Neven Žarković. 2008. Biologija starenja i gerijatrija. U *Interna medicina*. ur. Vrhovac, Boris i sur. 69–77. Zagreb: Naklada Ljevak.
 48. Duraković, Zijad. 2015. Antropološki promjene uzrokovane starenjem. U *Javno zdravstvo*. ur. Puntarić, Dinko, Darko Ropac, Anamarija Jurčev Savičević i sur. Zagreb: Medicinska naklada.
 49. Durayappah, Adorée. 2011. The 3P model: A general theory of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies* 12 (4): 681–716.
 50. Džakula, Aleksandar, Sanja Babić Bosanac, Ognjen Brborović, Tea Vukušić Rukavina i Luka Vončina. 2007. Povezanost društvene uloge, zdravlja i brige o zdravlju u starijih žena u Hrvatskoj. *Croatian medical journal* 48 (5): 684–691.
 51. Ebersole, Priscilla i Theris A Touhy. 2006. *Geriatric Nursing: Growth of a Specialty*. New York: Springer Publishing Company.
 52. Erikson, Homburger Erik. 2008. *Identitet i životni ciklus*. Zavod za udžbenike Beograd.
 53. European Commission – Info regio. 2015. *Quality of Life in EUROPEAN CITIES*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/regional_policy/hr/newsroom/news/2016/01/29-01-2016-quality-of-life-in-european-cities-survey-sheds-light-on-people-s-satisfaction-of-their-city (7. prosinca 2018.).
 54. EU Joint Programme. Neurodegenerative Disease Research, Why choose neurodegenerative diseases? Dostupno na: <http://www.neurodegenerationresearch.eu/about/why> (22. veljača 2019.).
 55. Felix, Esther, Henk de Haan, Lenneke Vaandrager i Maria Koelen. 2015. Beyond thresholds: the everyday lived experience of the house by older people. *Journal of Housing for the Elderly* 29 (4): 329–347.

56. Frankl, Viktor E. 1997. *Zašto se niste ubili? Uvod u logoterapiju*. Zagreb: Biblioteka oko tri u jutro.
57. Galić, Slavka i Nada Tomasović Mrčela. 2013. *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola Osijek.
58. Giddens, Anthony. 1991a. *Modernity and Self Identity. Self and Society in the late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
59. Giddens, Anthony. 2007b. *Sociologija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
60. Gierveld, Jenny de Jong, Broese Marjolein Groenou, Adriaan W Hoogendoorn i Johannes H Smit. 2009. Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *Journal of Gerontology: social sciences* 64 (4): 497–506.
61. Glisky, Elizabeth L. 2007. Changes in Cognitive Function in Human Aging. U: D. R. Riddle (Ur.), *Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms* (str. 3–20). Boca Raton: CRC Press.
62. Goldsen, Jayn, Amanda E. B. Bryan, Hyan-Jun Kim, Anna Muraco, Sarah Jen i Karen I. Fridriksen-Goldsen. 2017. „Who says I do: The changing context of marriage and health and quality of life for LGBT older adults.“ *The Gerontologist* 57 (1): S50–S62.
63. Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom. 2013. *Vodič za starije građane grada Zagreba*. Zagreb: Grad Zagreb Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom.
64. Grgin Lacković, Katica. 2008. *Usamljenost – fenomenologija, teorije istraživanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
65. Gupta, Garima i Deepa Luxmi Sharma. 2018. Aging, Quality of Life, and Social Support. In: *Handbook of Research on Geriatric Health, Treatment, and Care*. IGI Global.
66. Gurvinder, Kalra, Alka Subramanyam i Charles Pinto. 2011 Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian J Psychiatry* 53 (4): 300–6
67. Halter, Jeffrey B, Joseph G. Ouslander, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Mark A. Supiano i Christine Ritchie. 2008. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. New York: McGraw Hill Professional.
68. Havelka, Mladen. 1998. *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
69. Havelka, Mladen i Ana Havelka-Meštrović. 2013. *Zdravstvena psihologija – Biopsihosocijalne odrednice zdravlja*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

70. Havelka, Mladen, Jasminka Despot-Lučanin i Damir Lučanin. 2000. Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija socijalne politike*. Dostupno na: <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/viewFile/267/938> (9. kolovoza 2018.).
71. Heehyul, Moon. 2012. Productive Activities and Perceived Well-Being in an African American Older Adult Urban Sample Journal. *Activities, Adaptation & Aging* 36, (2): 107–130.
72. Henchoz, Yves, Meylan Lionel, ReneGoy, Idros Guessous, Christophe Bula, Maurice Demont i Brigitte Santos-Eggimann. 2015. Domains of importance to the quality of life of older people from two Swiss regions. *Age and ageing* 44 (6): 979–985.
73. Herrera Ponce, Maria Soledad, Carmen Lezaeta Barros i Maria Beatriz Fernandez Lorca. 2011. Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile: *Journal of Population Ageing* 1(1). Dostupno na:[http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/predictors quality.PDF](http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/articulos/predictors%20quality.PDF) (28. veljače 2017.).
74. Hewstone, Miles i Wolfgang Stroebe. 2003. *Socijalna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
75. Horne, Jim. 2009. *Putovanje snovima: Putovanje kroz znanost o spavanju*. Zagreb: Algoritam.
76. Hughes, Beverley. 1995a, 2000b. *Older people and community care*. Philadelphia: Open University Press.
77. HSU, Hui-Chuan. 2009. Physical function trajectories, depressive symptoms, and life satisfaction among the elderly in Taiwan. *Aging and Mental Health* 13 (2): 202–212.
78. Hyde, Martin, Richard D Wiggins, Paul Higgs i David B Blane. 2003. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health* 7 (3): 186–194.
79. Iecovich, Esther i Aya Biderman. 2012. Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *International psychogeriatrics* 24 (3): 439–448.
80. Ilić, Brigita i Mara Županić. 2014. Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini. Zagreb: *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 37 (7): 22–44.

81. Imanishi, Miyuki, Hisao Tomohisa i Kazuo Higaki. 2015. Quality of life in elderly people at the start of using in-home care. *Springerplus* 4 (1): 381.
82. Jakšić, Želimir i Luka Kovačić. 2000. *Socijalna medicina*. Zagreb: Medicinska naklada.
83. Kaliterna-Lipovčan, Ljiljana. 1998. Jesmo li stari koliko imamo godina ili koliko se starima osjećamo?. Are We as Old as We Are or as Old as We Feel? *Društvena istraživanja Zagreb* 6 (38): 873–883.
84. Kaliterna-Lipovčan, Ljiljana, Josip Burušić i Maja Tadić. 2012. The Quality of Life Indicators. *U Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. ur. Božičević, Viktor, Siniša Brlas i Marina Gulin. 437–444. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije.
85. Karmakar, Kripesh i Gaurav Pant. 2017. Effect of selected yoga asana intervention on the aspects of quality of life-(Physical health, psychological status, social relationships and environment health) of female Elderly citizens. *International Journal of Physiology, Nutrition and Physical Education* 2 (1): 315–319.
86. Koelen, Maria, Monica Eriksson i Mima Cattan. 2017. „Older People, Sense of Coherence and Community.” *U The Handbook of Salutogenesis*. Springer International Publishing.
87. Kowal, Paul i Dowd J. Edward. 2001. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. *World Health Organization*. Geneva, doi 10 (2.1): 5188–9286.
88. Kregar, Klaudija. 2004. Socijalna podrška djece smještene u dječjim domovima i udomiteljskim obiteljima u Republici Hrvatskoj. *Ljetopis socijalnog rada* 11 (2): 229–248.
89. Krizmanić, Mirjana i Vladimir Kolesarić. 1989. Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“. *U Primijenjena psihologija*. Zagreb: Grafički zavod Hrvatske.
90. Krstić-Joksimović, Kristina i Ljiljana Mihić. 2013. Razvojni procesi i mentalno zdravlje u starosti: doprinos Eriksonovoj psihosocijalnoj teoriji razvoja ličnosti. *Applied Psychology* 6 (4): 423–441.
91. Kuzma, Dajana, Anita Zovko i Sofija Vrcelj. 2018. Kvaliteta života osoba treće životne dobi. *U Slobodne paradigme raziskovanja izobraževanja in učenja odraslih: eseji v počastitev jubileja Ane Krajnc*. ur. Nives Ličen i Maja Mezgec. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofska fakulteta (379–388).

92. Lacković-Grgin, Katica i Vera Čubela-Adorić. 2006. *Odabrane teme iz psihologije odraslih*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
93. Lampinen, P. Heikkinen, M. Kauppinen, i E. Heikkinen. 2006. Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging and mental health* 10 (5): 454–466.
94. Lehmler, Justin J. 2012. Perceived marginalization and its association with physical and psychological health. *Journal of social and personal relationships* 29 (4): 451–469.
95. Lepad, Željka i Zdravka Leutar. 2012. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Socijalna ekologija Zagreb* 21 (2): 203–223.
96. Leutar, Zdravka, Ana Štambuk i Silvija Rusac. 2007. Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija socijalne politike* 14 (3–4): 327–346.
97. Levinson, Daniel J. with Charlotten N Darrow, Edvard B. Klein, Maria H. Levinson i Braxton McKEE. 1978. *Seasons of a Man's Life*. New York: Random House.
98. Lončar, Ivana i Mladen Lončar. 2017. Zdravlje i seksualnost osoba treće životne dobi. *Socijalna psihijatrija* 45 (4): 254–261.
99. Lovreković, Marija i Zdravka Leutar. 2010. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe. *Socijalna ekologija, časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline* 19 (1): 55–79.
100. Lučanin, Damir, Jasminka Despot-Lučanin i Mladen Havelka. 1999. Samoprocjena zdravlja i „objektivni“ indikatori zdravlja kao prediktori dužine života. U *Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi*. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske.
101. Lučev, Ivana i Meri Tadinac. 2008. Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme* 24 (1–2): 67–89.
102. Lukić, Aleksandar. 2011. O teorijskim pristupima ruralnom prostoru. *Hrvatski geografski glasnik* 71 (2): 49–73.
103. Malgorzata, Dziechciarz i Filip Rafal. 2014. Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 21 (4): 835–838.
104. Maleš, Dubravka. 2012. Obitelj i obiteljski odgoj u suvremenim uvjetima. *Dijete, vrtić, obitelj: Časopis za odgoj i naobrazbu predškolske djece namijenjen stručnjacima i roditeljima* 18 (67): 13–15.

105. Mares, Jiri, Hynek Cigler i Eva Vachkova. 2016. Czech version of OPQOL-35 questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes* 14 (13): 14–93.
106. Marković, Suzana, Irena Regent Turkalj i Aleksandar Racz. 2008. Koncept i mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. *J. appl. health sci* 4 (1): 49–62.
107. Markovitzky, Omer, Gideon E Anholt i Joshua D Lipsitz. 2012. Haven't we met somewhere before? The effects of a brief internet introduction on social anxiety in a subsequent face to face interaction. *Behaviour Research and Therapy* 50 (5): 359–365.
108. Martinis, Tina. 2005. *Percepcija kvalitete života u funkcijskoj dobi*. Sveučilište u Zagrebu: Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/337/1/TinaMartinis.pdf> (15. prosinca 2018.).
109. Mayo Clinic. 2005. *O zdravom starenju*. Zagreb: Medicinska naklada.
110. Milas, Goran. 2005. *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Zagreb: Naklada Slap.
111. Milosavljević, Ljubica. 2010a. Ograničenja tela koje stari: sociokulturni prirodni faktori. *Anthropology Magazine* 10 (1): 28–48.
112. Milosavljević, Ljubica. 2015b. Ljubav u treće doba: Partnerski odnosi korisnika domova za stara lica i strategije delovanja. In *Ethnological Forum/Etnološka Tribina* 45 (38): 97–107.
113. Minhat, Halimatus S., Din H. Mat, Vasudevan R., Efah Raja R. N. i Rahimah Ibrahim. 2019. Impact of gender on sexual problems and perceptions among urban Malay elderly in Malaysia. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 81: 240–244.
114. Molzahn, Anita, Suzanne M. Skevington, Mary Kalfoss i Kara S. Makaroff. 2010. The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Qual Life Res* 19 (2): 293–298.
115. Mudey, Abhay, Shrikant Ambekar, Ramchandra C., Sushil Goyal Agarekar i Vasant V. Wagh. 2011. Assessment of Quality of Life among Rural and Urban Elderly Population of Wardha District, Maharashtra, India. *Ethno Med* 5 (2): 89–93.
116. Murtagh, Kirsten Naumann, i Helen B. Hubert. 2004. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health* 94 (8): 1406–1411.
117. Murtagh, Elaine M, Marie H Murphy, Niamh M Murphy, Catherine Woods, Alan M. Nevill i Aoife Lane. 2015. Prevalence and correlates of physical inactivity in community-dwelling older adults in Ireland. *PLoS One* 10 (2): e0118293.

118. Mužinić, Radosna i Edi Žitnik. 2007. *Kvaliteta života starijih osoba rezultati istraživanja*. Split: Udruga Mi.
119. Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. 2010. *Zlatno doba života-priručnik za starije osobe*. Zagreb: Vjesnik d. d.
120. Netuveli, Gopalakrishnan i David Blane. 2008. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin* (85): 113–126.
121. Novak, Mark. 2018. *Issues in aging*. Routledge is an imprint of the Taylor & Francis Group New York and London.
122. Obadić, Alka. Aktivno starenje – obrazovna razina: prednost ili prepreka? 2018. *EFZG Occasional Publications (Department of Macroeconomics)* 1: 51–78.
123. Oswald, Frank, Hans-Werner Wahl, Dörte Naumann, Heidrun Mollenkopf i Annette Hieber. 2006. The role of the home environment in middle and late adulthood. In Hans-Werner Wahl, Hermann Brenner, Heidrun Mollenkopf, Dietrich Rothenbacher i Christoph Rott. *The many faces of health, competence and well-being in old age (7–24)*. Dordrecht: Springer.
124. Ovsenik, Mara i Nikolaj Lipič. 2013. *Nasilje nad ženskami v zrelih letih*. V: Sedanjost in prihodnost zdravstvenih ved v času globalnih sprememb. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede st. 293–302.
125. Parkar, Shubhangi R. 2015. Elderly mental health: needs. *Mens sana monographs* 13 (1): 91-99.
126. Phillipson, Chris, Miriam Bernard, Judith Phillips i Jim Ogg. 2002. *Family and community life of older people: social networks and social support in three urban areas*. London: Routledge.
127. Phillipson, Chris. 2017. The Role of Community and the Environment in the Lives of Older People. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 38 (1): 165–181.
128. Pečjak, Vid. 2001. *Psihologija treća životne dobi*. Zagreb: Prosvjeta.
129. Penezić, Zvezdan. 1996a. Teorije, mjerenja i korelati zadovoljstva životom. *Razdio filozofije, psihologije, sociologije i pedagogije (FPSP)* 35 (12): 95–113.
130. Penezić, Zvezdan. 2006b. Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi. *Društvena istraživanja* 15 (4–5): 84–85.
131. Perissinotto, Carla M., Stijacic Cenzer Irena i Kenneth E Covinsky. 2012. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of internal medicine* 172 (14): 1078–83.

132. Pešić, Ljiljana. 2007. Socijalni i zdravstveni problemi života osoba u poznim godinama. *Acta Medica Medianae* 46 (2) :45–48.
133. Petrak, Olivera, Jasminka Despot-Lučanin i Damir Lučanin. 2006. Kvaliteta starenja – neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija socijalne politike* 13 (1): 37–51.
134. Petrović, Dušan. 2004. Emocije u starosti. *Gerontologija* 1: 107–111.
135. Petz, Boris. 2005. *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada slap.
136. Plavšić, Marlena. 2012. *Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.
137. Plavšić, Marlena i Neala Ambrosi-Randić. 2005. *Slika starenja u Istri*. Pula: Društvo psihologa Istre.
138. Pletikosić, Sanda. 2013. *Razvojna psihologija 1*. Rijeka: Filozofski fakultet u Rijeci. Odsjek za psihologiju.
139. Podgorelec, Sonja, i Sanja Klempić. 2007. Starenje i neformalna skrb o starim osobama u Hrvatskoj. *Migracijske i etničke teme* 23 (1–2): 111–134.
140. Poppek, Ivana i Urelija Rodin. 2018. Samoprocjena funkcionalne sposobnosti osoba starije životne dobi. *Acta medica Croatica* 72 (2): 125–131.
141. Poredoš, Daša. 2001. Prilagodba na samački život osoba starije dobi. *Ljetopis Studijskog centra socijalnog rada* 8 (1): 7–34.
142. Puljak, Ana. 2017. Stanovništvo i vitalni događaji. U: *Zdravstveno statistički ljetopis Grada Zagreba za 2016. godinu ur.* Šostar, Zvonimir, Marina Polić Vižintin i Maja Marić-Bajs. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar”. Viatoni d. o. o.
143. Radašević, Hrvoje, Diana Mihok, Ana Puljak, Goran Perko i Spomenka Tomek-Roksandić. 2006. Smjernice za provedbu tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi (Guidelines for Physical Activity at an Advanced Age). *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2 (8, 7).
144. Ramocha, Lesego M., Quinette A. Louw i Muziwakhe D. Tshabalala. 2017. Quality of life and physical activity among older adults living in institutions compared to the community. *S Afr J Physiother* 73 (1): 342.
145. Ramovš, Jože. 2009. Medgeneracijska solidarnost in celostna gerontologija. *Kakovostna starost, Inštitut Antona Trstenjaka* 12. (1): 22–30.

146. Rapley, Mark. 2003. *Quality of Life – A Critical Introduction*. London: Sage Publications.
147. Rašević, Mirjana i Boško Mijatović. 2004. Ka zadovoljenju potreba populacije starijih lica. *Sociološki pregled* 38(4): 481–506.
148. Reed, Jan, Charlotte Clarce i Ann Macfarlane. 2012. *Nursing Older Adults*
a. England: Open University Press.
149. Reiman, Fritz i Wolfgana Kleespies. 2009. *Umijeće starenja: Sazrijevanje i prepuštanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
150. Rejeski, Jack W. i Mihalko Shannon L. 2001. Physical Activity and Quality of Life in Older Adults. *Journals of Gerontology* 56, (2): 23–35.
151. Resnick, Neil M. 1997. Biologija starenja. *U Harrison Principi interne medicine, poglavlje – gerijatrijska medicina*. (28–34) Split: Placebo d. o. o.
152. Rešetar Čulo, Ivana. 2014. Zaštita prava starijih osoba u Europi: trenutno stanje, nedostaci i izazovi. *Pravni vjesnik* 30 (2): 117–133.
153. Roso, Manuela. (2016). Funkcionalna sposobnost, samoprocjena zdravlja i zadovoljstvo životom starijih osoba u domu umirovljenika. *Sestrinski glasnik* 21 (3): 270–274.
154. Rusac, Silvia, Dorijan Vahtar, Ines Vrban, Jasminka Despot-Lučanin, Sanja Radica i Vedrana Spajić-Vrkaš. 2016. *Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi*. Zagreb: Zaklada Zajednički put.
155. Santos Tavares, Mara Darlene, Alisson Fernandes Bolina, Dias Flavia Aparecida, Pollyana Cristina Santos Ferreira i Haas Jose Vanderlei. 2014. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Invest Educ Enferm* 32 (3): 401–413.
156. Santos, Leidiene Ferreira, Oliveira, Lizete Malagoni Almeida Cavalcante, Barbosa Maria Alves, Nunes, Daniella Pires i Brasil Virginia Visconde. 2015. Quality of life of elderly who participate in group health promotion. *Enfermería Global* 40: 23–32.
157. Schaie, Klaus W. i Sherry L. Willis. 2001. *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
158. Skevington, Suzanne M., Mahmoud Lotfy i Kathryn A. O'connell. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field, A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13 (2): 299–310. Dostupno na:

- <http://link.springer.com/article/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00> (10. veljače 2017.).
159. Slavuj, Lana. 2012. Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria* 17 (1): 73–92.
160. Slavuj-Borčić, Lana i Laura Šakaja. 2017. Kvaliteta života kao predmet geografskih istraživanja: osvrt na razvoj interesa i teorijskih modela istraživanja. *Hrvatski geografski glasnik* 79 (1): 5–31.
161. Smith, Allison, Julius Sim, Thomas Scharf i Chris Phillipson. 2004. Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Ageing & Society* 24 (5): 793–814.
162. Snoj, Emilija. 2006. Samoaktualizacija v humanistično usmerjeni teoriji Carla Rogersa Self-actualization in the Carl Rogers' humanistic orientated theory. *Socialna pedagogika* 10 (4): 07–532.
163. Starc, Martina. 2013. Aktivno, zdravo in dostojanstveno staranje ter oskrba v onemoglosti u *Starenje v Sloveniji: raziskava o potrebah, zmožnostih in stališčih nad 50 let starih prebivalcev Slovenije*. ur. Ramovš, Jože. 543–549. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje.
164. Stebbins, Robert A. 2013. *Planning your time in retirement: How to cultivate a leisure lifestyle to suit your needs and interests*. Rowman & Littlefield.
165. Steptoe, Andrew, Angus Deaton i Arthur A. Stone. 2015. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet* 385 (9968): 640–648 Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468152> (25. ožujka 2018.).
166. Stiplošek-Horvat, Brigita. 2017. *Kvaliteta života starijih osoba i korištenje usluga skrbi u zajednici*. Završni rad, Sveučilište Sjever. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin%3A1482/datastream/PDF/view> (4. prosinca 2018).
167. Šilje, Marija i Joško Sindik. 2013. Uzroci i faktori rizika depresije kod starih osoba. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 9 (34): 33–40.
168. Škrbina, Dijana. 2013. Vrijeme za slobodno vrijeme-poticanje, razvijanje i/ili održavanje sposobnosti populacije 65⁺ U *Vodič za starije građane grada Zagreba*. Zagreb: Grad Zagreb, Gradski ured za socijalnu zaštitu.
169. Štalekar Vlasta. 2010. Dinamika obitelji i prvi teorijski koncept. *Medicina fluminensis* 46 (3): 242–246.

170. Štambuk, Maja. 1993. Od „stare“ k „novoj“ ruralnosti. *Sociologija sela* 31 (3/4): 173–182.
171. Šućur, Zoran. 2004a. Socijalna isključenost: pojam, pristupi i operacionalizacija. *Revija za sociologiju* 35 (2): 45–60.
172. Šućur, Zoran. 2008b. Socijalna sigurnost i kvaliteta života starijih osoba bez mirovinskih primanja u Republici Hrvatskoj. *Revija socijalne politike* 15 (3): 435–454.
173. Šundalić, Antun. 2006a. Ekocentrični pristup ruralnom prostoru. *Socijalna ekologija* 15 (3): 203–218.
174. Šundalić, Antun. 2009b. Ruralni prostor i društvena struktura – novi identitet Slavonije i Baranje. *Ekonomski vjesnik* 22 (1): 11–22.
175. Takkinen, Sanna i Isto Ruoppila. 2001. Meaning in life in three samples of elderly persons with high cognitive functioning. *Int J Aging Hum Dev* 53 (1): 51–73.
176. Tekkalaki, Bheemsain. 2018. Aging and Sexuality In: *Handbook of Research on Geriatric Health, Treatment, and Care*. IGI Global. (430–447)
177. Tesch-Roemer, Clemens. 2012. *Active ageing and quality of life in old age*. UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE. United national publication: New York and Geneva.
178. Tomek-Roksandić, Spomenka. 1999. *Javnozdravstveni pristup u zaštiti zdravlja starijih ljudi*. Zagreb: Akademija medicinskih znanosti Hrvatske.
179. Tomek-Roksandić, Spomenka i sur. 2012. *Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe*. Zagreb: Centar za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo.
180. Tomek-Roksandić, Spomenka, Tomislav Benjak, Branko Kolarić, Zvonimir Šostar i Krunoslav Capak. 2016. *Gerontološkojavnozdravstveni pokazatelji zaštite zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj i gradu Zagrebu (2014.-2016.g./popisna 2011.g.)* Zagreb: 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.
181. Tomić- Koludrović, Inga i Sanja Knežević. 2004. Konstrukcija identiteta u mikro-makro konteksta. *Acta lader* (1): 109–126.
182. Tornstman, Lars. 2005. *Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging*. New York: Springer Publishing Company.

183. Tucak, Ivana i Marina Nekić. 2007. Uloga Eriksonovih komponenti ličnosti u psihičkoj dobrobiti osoba srednje i starije dobi. *Suvremena psihologija* 10 (1): 23–36.
184. Tucak Junaković, Ivana, Marina Nekić i Irena Burić. 2013. Usamljenost i preferirana samoća kao prediktori samoprocjene zdravlja odraslih. *Medica Jadertina* 43 (1–2): 11–21.
185. *Udruga umirovljenika i starijih osoba regije Ludbreg*. Dostupno na: <http://www.udruga-umirovljenika-ludbreg.hr/projekti-udruge/integrativan-ludbreg/91-socijalna-iskljucenost.html> (17. srpnja 2018.).
186. *United Nations Economic Commission for Europe* (UNECE). Dostupno na: <https://www.unece.org/info/ece-homepage.html> (10. srpnja 2017.).
187. Urošević, Jadranka, Gordana Odović, Dragan Rapaić, Mladen Davidović, Sanja Trgovčević i Verica Milovanović. 2015. Quality of life of the elderly in urban and rural areas in Serbia. *Vojnosanit Pregl* 72 (11): 968–974.
188. Vaillant, George E. 2012. *Triumphs of experience – the men of the harvard grant study*. London: the belknap press of harvard university press, Cambridge, England.
189. Varnica, Danijela. 2015. *Utjecaj aerobnih aktivnosti na kvalitetu života starije populacije* Doctoral dissertation, University of Zagreb. Faculty of Kinesiology. Department of General and Applied Kinesiology.
190. Victor, Christina, Sasha Shambler i John Bond. 2009. *The Social World of Older People – Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. England: Open University Press.
191. Vučinić, Tatjana. 2003. *Smisao u životu: Evaluacija upitnika odnosa prema životu*. Diplomski rad. Zagreb: Filozofski fakultet u Zagrebu.
192. Vuletić, Gorka i Aida Mujkić. 2002. Što čini osobnu kvalitetu života: Studija na uzorku Hrvatske gradske populacije. *Liječnički Vjesnik* 124 supl. 2:64
193. Vuletić, Gorka i RoseAnne Misajon. 2011. Subjektivna kvaliteta života. U *Kvaliteta života i zdravlje*. ur. Vuletić, Gorka i sur. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Hrvatska zaklada za znanost (10–16).
194. Vuletić, Gorka. 2013. Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne različitosti i specifičnosti u *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru* (7): 213-222.
195. Walker, Alan i Catherine Hagan Hennessy. 2004. *Growing Older – Quality Of Life In Old Age: Extending quality of life*. England: Open University Press.

196. Waldinger, Robert J. 2015. *What makes a good life? Lessons from the longest study on happiness* (Video file). dostupno na: https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness (18. siječnja 2019).
197. Werling, Hannah. 2016. *Comparing the Quality of Life of the Elderly Rural and Urban Population of Sweden*. Demography Unit, Department of Sociology. Stockholm University.
198. Wilmoth, Janet M. i Kenneth F. Ferraro, 2013. *Gerontology – perspectives and Issues*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
199. Woods, Michael. 2005. *Rural Geography: Processes, Responses and Experiences in Rural Restructuring*. London: Sage Publications Ltd.
200. World Health Organization. 1998a. WHOQOL – Annotated Bibliography WHO/MNH/MHP/98.4.Rev.2. Dostupno na: <http://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-BIBLIOGRAPHY.pdf?ua=1> (30. kolovoza 2018.).
201. World Health Organization. 1998. Development off the World Health Organization WHOQOL–BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine* (28): 551–8.
202. *World Health Organization*. Active ageing: A policy framework, Strategy and action plan for healthy ageing in Europe 2012–2020. Dostupno na: www.euro.who.int/en/who-we-are/governance (10. srpnja 2017.).
203. WU, Chao-Chan. 2011. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. *Afr J bus Manag* 5 (12):4873–4882.
204. Yukari Sewo Sampaio, Priscila, Emi Ito i Ricardo Aurelio Carvalho Sampaio. 2012. The association of activity and participation with quality of life between Japanese older adults living in rural and urban areas. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics* (4): 51–56.
205. *Zakonu o socijalnoj skrbi* – pročišćeni tekst (ZSS) Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi> (17. srpnja 2018.).
206. Zuna, Nina, Ivan Brown i Roy Brown. 2014. Family quality of life in intellectual and developmental disabilities: a support-based framework. *International Public Health Journal* 6 (2): 161.
207. Zunzunegui, Maria Victoria, Nadia Minicuci, Tzuia Blumstein, Marianna Noale, Dorly Deeg, Marja Jylhä i Nancy L. Pedersen. 2007. Gender differences in

- depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42 (3): 198–207.
208. Žganec, Nino, Silvija Rusac i Maja Laklija. 2008. Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija socijalne politike* (2): 177–185.
209. Železnik, Danica. 2007. *Self-care of the homedwelling elderly people living in Slovenia*. Oulu: Oulu University Press.
210. Železnik, Danica, Martina Horvat, Karmen Panikvar Žlahtič, Bojana Filej i Irena Vidmar. 2011. *Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
211. Županić, Mara, Irena Kovačević, Valentina Krikšić i Sven Županić. 2013. Everyday needs and activities of geriatric patients-users of home care. *Periodicum Biologorum* 115 (4): 577–580.
212. Županić, Mara. *Kvaliteta života i korištenje zdravstvene njege u kući kod starijih osoba u Gradu zagrebu*. 2018. Magistrarski rad. Maribor: Alma Mater-Europea Evropski center, Maribor.

PRILOZI

Prilog A: Popis institucija koje su sudjelovale u istraživanju

Dom zdravlja Bjelovarsko-bilogorske županije, Bjelovar, Josipa Jelačića 13c.

Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije. Krapina, Ul. Mirka Crkvenca 1, 49 000.

Dom Zdravlja Gospić, Ličko-senjska županija, Gospić, 118. Brigade hrvatske vojske.

Dom zdravlja Zagreb-Zapad, Prilaz baruna Filipovića 11, Zagreb, 10 000

Dom zdravlja Zagreb-Istok, Švarcova 20, Zagreb, 10 000

Dom zdravlja Zagreb-Centar, Runjaninova 4, Zagreb, 10 000

Prilog B: Odluke Etičkog povjerenstva Bjelovarsko-bilogorske županije



DOM ZDRAVLJA BIJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE
Ul. Josipa Jelačića 13, 43000, Bjelovar

ETIČKO POVJERENSTVO

Etičko povjerenstvo DOMA ZDRAVLJA BIJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE u sastavu: Kolar Andrea dr.med. – predsjednik, Mr.sc. Nikolić Bojana dr.med, spec. obiteljske medicine –zamjenik, Berlić Ljerka, prvostupnica sestrinstva, pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo –član, Pavičić Đurđica, prvostupnica sestrinstva –zamjenik člana, Bačani Nedeljka, prvostupnica sestrinstva – član i Lončar Ivana, prvostupnica sestrinstva –zamjenik člana, temeljem upućene zamolbe Mire Županić, dipl.me techn. za provođenjem istraživanja u Domu Zdravlja BIJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE za izradu doktorske disertacije na temu „Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru“ pri sveučilištu Alma Mater Europeia Maribor, na sastanku povjerenstva donosi sljedeću

ODLUKU

Odobrava se provođenje anketnog istraživanja Mire Županić, dipl.me.techn. na ruralnom prostoru koje pokriva Dom Zdravlja BIJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE za izradu doktorske disertacije na temu „Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru“ pri sveučilištu Alma Mater Europeia Maribor. Etičko povjerenstvo ocjenjuje da nema zapreke u etičkom smislu za provođenje navedenog istraživanja u kojemu će sudjelovati patронаžne sestre.

Bjelovar, 27. kolovoz, 2018.

Predsjednica Etičkog povjerenstva

Kolar Andrea dr.med.

Andrea Kolar

ANDREA KOLAR
dr. med
159859

2103-76-18-01/R- 546/2



Prilog c: Odluke Etičkog povjerenstva Krapinsko -zagorske županije

Dom zdravlja
Krapinsko- zagorska županija
Mirka Cirkvenca 1, Krapina

Broj: 01/1-11-2-2018.
Krapina, 11.01.2018.

Na temelju čl.69.st.1.alinca 2. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (pročišćeni tekst) i čl. 2. Odluke o osnivanju Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Krapinsko- zagorske županije broj: 01/1-492/10-2013, od 21.10.2013, Etičko povjerenstvo Doma zdravlja KZZ na svojoj 10. sjednici održanoj 11.01.2018. godine donijelo je sljedeću

Odluku

1. Etičko povjerenstvo Doma zdravlja KZZ odobrava Mari Županić provedbu istraživanja za potrebe Doktorske disertacije na Sveučilištu Alma Mater Europea iz Maribora pod nazivom „Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru“.
2. Istraživanjem će se obuhvatiti 50 ljudi oba spola s područja Krapinsko- zagorske županije ispunjenjem upitnika, a anketiranje će obaviti patronažne sestre Doma zdravlja KZZ.
3. Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja .

Dostavlja se:

1. Mari Županić, dipl.med.techn
2. Pismohrana , ovdje

Predsjednica Etičkog povjerenstva DZKZZ
Nevenka Radak, dr.med, spec.pedijatar

NEVENKA RADAK, dr.med,
spec. pedijatar
0074705

Prilog D: Odluke Etičkog povjerenstva Dom zdravlja Gospić



116. brigada HV-3, 52600 Gospić
OIB: 01154250264, IBAN: HR2327400997160179600
Tel: +385 33 572 309 / Fax: +385 33 572 919
E-mail: pismo@dzgospic@gmail.com / www.dzgospic.hr

Na temelju članka 69. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (N.N. br: 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16 i 131/17), članka 38. Statuta Doma zdravlja Gospić i Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Gospić (Urbroj:2125/54-656-02/14) od 02. rujna 2014. godine, Etičko povjerenstvo na 05. sjednici održanoj dana 16. ožujka 2018. godine jednoglasno je donijelo sljedeću:

ODLUKU

I.

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Gospić *ne nalazi etičkih zapreka i suglasno je s* provedbom istraživanja u Domu zdravlja Gospić *Mara Županić, dipl.med.techn. pod naslovom* "Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru", a u svrhu izrade doktorske disertacije na Sveučilištu Alma Mater Durjeva iz Maribora.

II.

Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja.

Obrazloženje

Mara Županić, dipl.med.techn., zaposlena na Zdravstvenom veleučilišću u Zagrebu, na Katedri za zdravstvenu njegu, obradila se Domu zdravlja Gospić dana 27. veljače 2018. godine sa Zamolbom za provođenje istraživanja kod Doma zdravlja Gospić (Klasa:003-06/18-16/07; Urbroj:2125/54-16-18-01) za potrebe izrade doktorske disertacije na Sveučilištu Alma Mater Kurapez iz Maribora pod nazivom, "Usporedba pokazatelja kvaliteta života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru". Zahtjevu je priložen i *anketni upitnik* - modificirani WHOQOL-BREF koji će se koristiti u navedenu svrhu.

Etičko povjerenstvo smatra kako je predloženo istraživanje sukladno pozitivnim propisima u Republici Hrvatskoj te ne nalazi etičkih zapreka za njegovo provođenje.

Sljedećom navedenoga donosi se Odluka kao u dispozitivu.

KLASA:003 06/18-16/07
URBROJ:2125/54-16-18-04
U Gospiću, 16. ožujka 2018. god.

Precsjednik Etičkog povjerenstva
Dubravka Jakšević, mag.med.techn.

Dostaviti:

1. Mara Županić, dipl.med.techn.
2. Pismolirana x2

Prilog E: Odluke Etičkog povjerenstva Dom zdravlja Zagreb-Zapad

U Zagrebu, 30. rujna 2018. godine

DOM ZDRAVLJA ZAGREB-ZAPAD
u/p ravnatelja
dr.sc. Miroslav Hanževački, dr.med.spec.

Prilaz baruna Filipovića 11
10000 ZAGREB

**Predmet: Zamolba Mare Županić, dipl.med.techn.
- mišljenje, daje se**

Poštovani,

nakon što sam, kao predsjednik Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zagreb-Zapad, proučio materijale priložene od strane podnositeljice zamolbe Mare Županić, dipl.med.techn., za provođenje istraživanja pod nazivom "Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru" i uz pristigla usuglašena mišljenja ostalih članova Etičkog povjerenstva, predlažem donošenje konačne odluke:

„Daje se suglasnost Mari Županić, dipl.med.techn., za provođenje istraživačkog rada pod naslovom : „Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru“.“

Obrazloženje:

Mara Županić, dipl.med.techn., podnijela je Etičkom povjerenstvu Doma zdravlja Zagreb-Zapad zamolbu da joj se odobri provođenje istraživačkog rada pod naslovom „Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru“. Cilj je ispitivanjem ustanoviti kvalitetu života kod starije hrvatske populacije i istražiti postoje li razlike u pokazateljima kvalitete života ovisno žive li osobe u ruralnom ili urbanom prostoru.

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Zagreb-Zapad jednoglasno je pojedinačnim pismenim izražavanjem mišljenja svakog od članova Povjerenstva donijelo odluku da su suglasni s predmetnom zamolbom Mare Županić, dipl.med.techn. te da se istraživanje temelji na načelima medicinske etike.

S poštovanjem,

Predsjednik Etičkog povjerenstva
Prof.dr.sc. Dubravko Božičević, dr.med.,spec.nemolog



Prilog F: Odluke Etičkog povjerenstva Dom zdravlja Zagreb-Istok

DOM ZDRAVLJA ZAGREB - ISTOK
ZAGREB, ŠVARCOVA 20
ETIČKO POVJERENSTVO
URBROJ: 01-785-4/18
Zagreb, 12. rujna 2018. godine

Na temelju članka 41. Statuta, stavak 1., podstavak 3., Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zagreb-Istok, na 9. sjednici, održanoj 12. rujna 2018. godine, donosi sljedeću

O D L U K U

1. Mari Županić, dipl. med. teehn. ocjenjuje se provođenje istraživanja „Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru“
2. Ova Odluka stupa na snagu danom donošenja.

O b r a z l o ž e n j e

Mari Županić, dipl. med. teehn. obratila se Etičkom povjerenstvu Doma zdravlja sa zamolbom za izdavanje suglasnosti Etičkog povjerenstva za provođenje istraživanja „Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru.“

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja razmotrilo je dostavljenu dokumentaciju te je doneseno Odluka kao u izradi.

PREDSJEDNICA ETIČKOG POVJERENSTVA

Zvezdana Kuna, dipl. med. spec. dermatovenerolog



Prilog G: Odluke Etičkog povjerenstva Dom zdravlja Zagreb-Centar



DOM ZDRAVLJA ZAGREB - CENTAR

Runjaninova 4, 10000 Zagreb
www.ozc.centar.hr

✉ ravnateljstvo@ozc.centar.hr
☎ +385 1 4537000
☎ +385 1 4843456
OIB: 00003064643
MB: 0267409e

KLASA: 072-30/18-01/002
URBROJ: 251-510-03-20-18-12
Zagreb, 1. kolovoza 2018. godine

ETIČKO POVJERENSTVO

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Zagreb – Centar u sastavu: Iva Zrinka Korđić, dr. med., spec. psihijatrija, Vedran Karabeg, dr. med. spec. obiteljske medicine, dr. sc. Petra Anča Flachs, dr. med. dent., spec. oralne kirurgije, Boris Franulović, dr. med. spec. ginekologije i opstetrikije i Tatjana Tomičić, struč. spec. ing. sec., povodom zamolbe Mara Županić, dipl. med. techn., za provođenjem istraživanja u Domu zdravlja Zagreb – Centar, a radi izrade doktorske disertacije 'Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru' pri sveučilištu Alma Mater Europaea Maribor, na 5. redovnoj sjednici održanoj telefonskim putem dana 1. kolovoza 2018. godine, donijelo je sljedeću

O D L U K U

Ocjenjuje se da nema zapreka u etičkom smislu za provođenjem anketnog istraživanja u Domu zdravlja Zagreb – Centar, a radi izrade doktorske disertacije 'Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih osoba u hrvatskom urbanom i ruralnom prostoru' pri sveučilištu Alma Mater Europaea Maribor i odobrava se u Domu zdravlja Zagreb – Centar provođenje predmetnog istraživanja, provoditelj istraživanja Mara Županić, dipl. med. techn.

Predsjednica Etičkog povjerenstva

Iva Zrinka Korđić, dr. med., spec. psihijatar

Prilog H: Odobrenje Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) o korištenju WHOQOL-BREF upitnika

User Agreement for "WHOQOL-100" and/or WHOQOL-BREF and related materials

This agreement is between the World Health Organization ("WHO") and Mara Županić. WHO hereby grants the User a nonexclusive, royalty-free license to use the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and/or related materials (hereafter referred to as "WHOQOL-100" or "WHOQOL-BREF") in User's study outlined below. The term of this User Agreement shall be for a period of 1 year, commencing on (date) 22nd February 2018.

The approved study for this User Agreement is:

Study Title	Comparison of quality of life indicators of the elderly in Croatian urban and rural areas
Principal Investigator	Mara Županić, dipl. med. techn.
Sample characteristics	Elderly (65 years and more) males and females from rural and urban environment
Sample size	500
Treatment Intervention	Only quality of life measurements will be assessed
Total number of assessments	One
Assessment time points	Only one assessment at the beginning of the study
"WHOQOL-100" or WHOQOL-BREF version – Please specify language version(s) you would like to receive.	Croatian
Other measures	none

This User Agreement is based upon the following conditions:

1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the WHOQOL-100 or BREF in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization, or administration procedures, of the WHOQOL-100 or BREF. If User thinks that changes are necessary for its work, or if translation is necessary, User must obtain written approval from WHO in advance of making such changes.

2. User shall not reproduce WHOQOL-100 or BREF, except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own uses and shall in no event distribute copies of the WHOQOL-100 or BREF to third parties by sale, rental, lease, lending, or any other means. In addition, User agrees that it will not use the WHOQOL-100 or BREF for any purpose other than conducting studies as specified above, unless agreed in writing by WHO. In any event, the WHOQOL-100 or BREF should not be used for research or clinical purposes without prior written authorization from WHO.

3. User agrees to provide WHO with an annual update regarding activities related to the WHOQOL-100 or BREF.

4. User agrees to provide WHO with a complete copy of User's raw data and data code books, including the WHOQOL-100 or BREF and any other instruments used in the study. This data set must be forwarded to WHO upon the conclusion of User's work. While User remains the owner of the data collected in User's studies, these data may be used in WHO analyses for further examining the psychometric properties of the WHOQOL-100 or BREF. WHO asserts the right to present and publish these results, with due credit to the User as the primary investigator, as part of the overall WHOQOL-100 or BREF development strategy.

5. WHO shall be responsible for preparing and publishing the overall WHOQOL-100 or BREF results under WHO copyright, including:

- a. the overall strategy, administrative set-up and design of the study including the instruments employed
- b. common methods used by two or more Users;
- c. the data reported from two or more Users;
- d. the comparisons made between the data reported from the Users;
- e. the overall findings and conclusions.

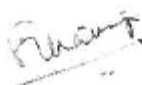
6. User shall be responsible for publications concerning information developed exclusively by User and methods employed only by User. Publications describing results obtained by User will be published in User's name and shall include an acknowledgement of WHO. User agrees to send to WHO a copy of each such paper prior to its submission for publication.

7. WHO may terminate this User Agreement at any time, in any event. Should WHO terminate this User Agreement, User shall immediately cease all use of the WHOQOL-100 or BREF and destroy or return all copies of the WHOQOL-100 or BREF. In the event of such termination, all other collateral materials shall be destroyed and no copy thereof shall be retained by User. Notwithstanding the return or destruction of the WHOQOL-100 or BREF and its collateral materials, User will continue to be bound by the terms of this User Agreement.

8. It is understood that this User Agreement does not create any employer/employee relationship. User and its affiliates are not entitled to describe themselves as staff members of WHO. User shall be solely responsible for the manner in which work on the project is carried out and accordingly shall assume full liability for any damage arising therefrom. No liability shall attach to WHO, its advisers, agents or employees.

Please confirm your agreement with the foregoing by signing and returning one copy of this letter to WHO, whereupon this letter agreement shall become a binding agreement between User and WHO.

WHO:



Dr. Somnath Chatterji
Health Statistics and Health Information Systems (H-SI)
World Health Organization
Avenue Appia
Geneva 27
CH 1211 Switzerland

Date:

USER:

By: Mara Županić
Title: dipl. inž. tehn.
Institution: University of Applied Health Sciences
Address: Milinarska 38
10000 Zagreb
Republic of Croatia
Date: 22 / Feb / 2018

Prilog I: Anketni upitnici

Poštovani,

Zovem se Mara Županić i studentica sam doktorskog studija Socijalna gerontologija pri Alma Mater Europaea – Europski centar Maribor. Za potrebe izrade doktorskog rada provodim ovo istraživanje. Ova anketa je u potpunosti anonimna, a dobiveni podatci koristit će se isključivo u svrhu izrade disertacije doktorskog rada.

Hvala na suradnji i odvojenom vremenu.

Ovom procjenom ocjenjuje se Vaš doživljaj Vaše kvalitete života, zdravlja ili drugih područja Vašeg života.

1. Mjesto stanovanja _____

- obiteljska kuća
 stambeni objekt

Molim Vas zaokružite točnu tvrdnju ili upišite odgovor na prazno mjesto.

1. Spol Muško <input type="checkbox"/> Žensko <input type="checkbox"/>	
2. Dob: godina rođenja _____ ; 65 – 75 <input type="checkbox"/> 76 i više <input type="checkbox"/>	
3. Koja je Vaša najviša razina završenog obrazovanja? a) nepotpuna osnovna škola b) osnovna škola c) srednja škola d) viša škola e) fakultet	4. Način stanovanja a) živim sam/sama b) živim sa suprugom/supružnikom c) živim s obitelji i ostalim članovima obitelji
5. Bračni status: a) samac b) razdvojen/razdvojena c) u braku d) u izvanbračnoj zajednici e) rastavljen/rastavljena f) udovac/udovica	6. Koliki je Vaš mjesečni prihod? a) od 500 HRK do 2000 HRK b) od 2001 HRK do 3500 HRK c) od 3501 HRK do 5000 HRK d) od 5001 HRK do 6500 HRK e) više od 6500 HRK
7. Materijalno stanje a) mnogo lošije od prosjeka b) nešto lošije od prosjeka c) prosječno d) nešto bolje od prosjeka e) mnogo bolje od prosjeka	8. Bračno stanje a) neoženjen/neudata b) oženjen/udata c) udovac/udovica d) rastavljen/rastavljena e) u izvanbračnoj zajednici

1. ANKETNI UPITNIK – modificirani *WHOQOL-BREF*

Molimo Vas da odgovorite na sva pitanja. Ako niste sigurni kako odgovoriti na pitanje, molimo odaberite onaj odgovor koji vam se čini najprikladnijim. To je najčešće Vaš prvi odgovor.

Molimo Vas da se držite svojih standarda, nadi, zadovoljstva i preokupacija. Pitamo Vas što mislite o svom životu u posljednja dva tjedna. Na primjer, misleći na posljednja dva tjedna, pitanje bi moglo biti:

Dobivate li podršku od drugih koliko Vam je potrebno?	Niti malo	Nedovoljno	Djelomično	Mnogo	Potpuno
	1	2	3	4	5

Trebate zaokružiti onaj broj koji najbolje odgovara tome koliko ste podrške dobili od drugih u posljednja dva tjedna. Tako bi trebali zaokružiti broj 4 ako dobivate mnogo podrške od drugih. Broj 1 bi trebali zaokružiti ako niste dobili niti malo podrške od drugih u posljednja dva tjedna.

Molimo Vas pročitajte svako pitanje, procijenite što osjećate i zaokružite na ljestvici broj kao odgovor na svako pitanje kao Vaš najprikladniji odgovor.

		Jako loše	Loše	Osrednje	Dobro	Jako dobro
1.	Kako biste ocijenili svoju kvalitetu života?	1	2	3	4	5

		Jako nezadovoljan/ nezadovoljna	Nezadovoljan/ nezadovoljna	Ni zadovoljan, ni nezadovoljan	Zadovoljan	Jako zadovoljan/ zadovoljna
2.	Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?	1	2	3	4	5

Naredna pitanja odnose se na Vaš doživljaj određenih stvari u posljednja dva tjedna.

		Nikako	Malo	Osrednje	Puno	Jako puno
3.	U kojoj mjeri Vam se čini da Vas fizička bol sprečava u izvedbi potrebnih radnji?	1	2	3	4	5
4.	U kojoj mjeri Vam je potrebno ikakvo medicinsko liječenje za funkcioniranje u svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5

5.	Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5
6.	U kojoj mjeri osjećate da Vam život ima smisao?	1	2	3	4	5
7.	Koliko dobro se možete koncentrirati?	1	2	3	4	5
8.	Koliko se sigurno osjećate u Vašem svakodnevnom životu?	1	2	3	4	5
9.	Koliko je zdravo Vaše fizičko okruženje?	1	2	3	4	5

Naredna pitanja se odnose na to **u kojoj mjeri** ste bili u mogućnosti doživjeti ili uraditi određene stvari u posljednja dva tjedna.

		Nikako	Malo	Osrednje	Uglavnom	Potpuno
10.	Imate li dovoljno energije za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
11.	Možete li prihvatiti Vaš tjelesni izgled?	1	2	3	4	5
12.	Imate li dovoljno novaca za svoje potrebe?	1	2	3	4	5
13.	Koliko su Vam dostupne informacije potrebne za svakodnevni život?	1	2	3	4	5
14.	U kojoj mjeri imate prilike za slobodne aktivnosti?	1	2	3	4	5

		Jako slabo	Slabo	Osrednje	Dobro	Jako dobro
15.	Koliko dobro se možete kretati?	1	2	3	4	5

Naredna pitanja se odnose na to **kako** ste bili zadovoljni različitim aspektima Vašeg života u posljednja dva tjedna.

		Jako nezadovoljan / nezadovoljna	Nezadovoljan / nezadovoljna	Niti zadovoljan / zadovoljna, niti	Zadovoljan / zadovoljna	Jako zadovoljan / zadovoljna

				nezadovoljan / nezadovoljna		
16.	Kako ste zadovoljni snom?	1	2	3	4	5
17.	Kako ste zadovoljni sposobnošću izvedbe aktivnosti svakodnevnog života?	1	2	3	4	5
18.	Kako ste zadovoljni radnom sposobnošću?	1	2	3	4	5
19.	Kako ste zadovoljni samim sobom?	1	2	3	4	5
20.	Kako ste zadovoljni osobnim kvalitetama?	1	2	3	4	5
21.	Kako ste zadovoljni Vašim seksualnim životom?	1	2	3	4	5
22.	Kako ste zadovoljni podrškom koju dobivate od prijatelja?	1	2	3	4	5
23.	Kako ste zadovoljni uvjetima stanovanja?	1	2	3	4	5
24.	Kako ste zadovoljni dostupnošću zdravstvenih usluga?	1	2	3	4	5
25.	Kako ste zadovoljni mogućnošću prijevoza?	1	2	3	4	5

Naredno pitanje odnosi se na to **koliko često** ste osjetili ili doživjeli određena stanja u posljednja dva tjedna.

		Nikad	Rijetko	Prilično često	Vrlo često	Uvijek
26.	Koliko često imate negativne osjećaje poput lošeg raspoloženja, očaja, tjeskobe, depresije?	1	2	3	4	5

Imate li komentara vezanih za ovu procjenu kvalitete života?

2. UPITNIK – Temporalno zadovoljstvo životom (TSWLS)

Ispred Vas se nalaze određene tvrdnje koje se odnose na procjenu Vašeg prošlog, sadašnjeg i budućeg života. Na skali od pet stupnjeva označite uz svaku tvrdnju koliko se odnosi ili ne odnosi na Vas. Molimo Vas da iskreno odgovorite na svaku tvrdnju.

Brojevi na skali imaju sljedeće značenje:

- 1 – Uopće se ne slažem
- 2 – Uglavnom se ne odnosi na mene
- 3 – Niti se odnosi, niti se ne odnosi na mene
- 4 – Uglavnom se odnosi na mene
- 5 – U potpunosti se odnosi na mene

1.	Kada bih ponovno živio svoj život ne bih ništa mijenjao.	1	2	3	4	5
2.	Zadovoljan sam prošlim životom.	1	2	3	4	5
3.	Moj prošli život je za mene bio gotovo idealan.	1	2	3	4	5
4.	Uvjeti moga života u prošlosti bili su izvrsni.	1	2	3	4	5
5.	U prošlosti sam imao sve važne stvari koje sam želio.	1	2	3	4	5
6.	U svom sadašnjem životu ne bih ništa mijenjao.	1	2	3	4	5
7.	Zadovoljan sam svojim sadašnjim životom.	1	2	3	4	5
8.	Moj sadašnji život je blizak idealnom.	1	2	3	4	5
9.	Trenutni uvjeti moga života su izvrsni.	1	2	3	4	5
10.	Trenutno imam sve važne stvari koje želim u životu.	1	2	3	4	5
11.	U budućnosti neću ništa promijeniti u svom životu.	1	2	3	4	5
12.	Bit ću zadovoljan svojim budućim životom.	1	2	3	4	5
13.	Očekujem da će moja budućnost biti idealna.	1	2	3	4	5
14.	Uvjeti mog budućeg života biti će idealni.	1	2	3	4	5
15.	U budućnosti ću imati sve važne stvari koje želim.	1	2	3	4	5

1 – 5 = temporalno zadovoljstvo prošlim životom

6 – 10 = temporalno zadovoljstvo sadašnjim životom

3 – 15 = temporalno zadovoljstvo budućim životom

3. Barthelov indeks aktivnosti u svakodnevnom životu

Upute: Odabrati broj bodova uz rečenicu koja najbliže odgovara trenutnoj razini sposobnosti osobe za svaki od sljedećih deset navoda. Zabilježiti točne, a ne moguće, funkcionalne mogućnosti. Informacije prikupiti iz osobnog izvješća ispitanika, a ako to nije moguće pitati drugu osobu ili pomoću promatranja.

AKTIVNOSTI SVAKODNEVNOGA ŽIVOTA (ADI – Activities of daily living).

Mala nužda (mokrenje)

0 – nekontrolirano, potrebna kateterizacija, nesposoban za samostalno izvođenje kateterizacije

1 – povremeno nema kontrole, najviše jednom u 24 sata

2 – kontrolira mokrenje, kontinentan

Svakodnevno održavanje higijene (njegovanje)

0 – potrebna pomoć druge osobe

1 – neovisan u njezi zuba, lica, pri brijanju i slično uz eventualna pomagala

Korištenje toaleta (WC)

0 – ovisan

1 – potrebna izvjesna pomoć, a nešto može uraditi sam

2 – neovisan (skidanje, brisanje, oblačenje)

Hranjenje

0 – nesposoban

1 – potrebna pomoć za rezanje, mazanje,...

2 – neovisan, ako može dosegnuti hranu

Transfer

0 – nesposoban, nema balansa pri sjedenju

1 – potrebna velika pomoć jedne ili dvije osobe za sjedenje

2 – potrebna mala pomoć za sjedenje (fizička ili verbalna)

3 – neovisan

Pokretljivost

0 – nepokretan

1 – neovisan u kolicima

2 – hoda uz fizičku ili verbalnu pomoć jedne osobe

3 – neovisan, može koristiti neko pomagalo (štap, štake)

Oblačenje

0 – ovisan o tuđoj pomoći

1 – potrebna pomoć, a nešto može uraditi sam

2 – neovisan

Stepenice

0 – nesposoban

1 – potrebna fizička ili verbalna pomoć, uključivo i nošenje

2 – neovisan

Kupanje

0 – ovisan o pomoći

1 – neovisan

Ukupan rezultat: _____

Bodovanje:

Zbrojite bodove pacijenta za svako pitanje. Mogući ukupan rezultat varira od 0 do 20, gdje niži zbroj označava povećanu nesposobnost. Ako se koristi za mjerenje napretka nakon rehabilitacije, promjene za više od dva boda u ukupnom rezultatu odražavaju vjerojatnu stvarnu promjenu, a promjena na jednom području od potpuno ovisan do samostalan je također pouzdana.

Tumačenje rezultata:

0 – 4 = potpuna ovisnost,

5 – 12 = teška ovisnost

13 – 18 = umjerena ovisnost

19 = mala ovisnost

20 = potpuna neovisnost

Izvori:

- Colin C. Wade DT, Davies S, Horne V. Barthelov ADL indeks: studija o pouzdanosti
- Mahoney FI, Barthel DW, Funkcionalna procjena: Barthelov indeks.
- Wade DT, Colin C., Barthelov ADL indeks: standardna mjera fizičke nesposobnosti



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

Priimek in ime študenta	Županič Mara
Vpisna številka	31143013
Študijski program:	Doktorski študijski program tretje bolonjske stopnje SOCIALNA GERONTOLOGIJA
Naslov zaključnega dela:	Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih oseb v hrvatskem urbanem i ruralnem prostoru Primerjava kazalnikov kakovosti življenja starejših v hrvatskem urbanem in ruralnem področju
Naslov v angleščini:	Comparison of quality of life indicators of the elderly in croatian urban and rural areas
Mentor:	prof.dr.sc. Mladen Javelica
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

- Ja predloženo zaključno delo z naslovom "Usporedba pokazatelja kvalitete života starijih oseb v hrvatskem urbanem i ruralnem prostoru" 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 plagatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata, bodisi v obliki dobesednega parafraziranja, bodisi v grafični obliki s katerim so tuje misli oziroma dejje predstavljeni kot moje lastne, kaznivo po zakonu (Zakon o avtorskih in sorodnih pravicah Uradni list RS št. 139/2006 s spremembami)
- V primeru kršitve zgoraj navedenega zakona prevzemam vse moralno, kazensko in poskodniško odgovornost,

Podpisani/a Mara Županič izjavljam, da sem za potrebe arhiviranja oddala 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. 13/2007; 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 oddala za objavo v Digitalno knjižnico.

Datum in kraj:

Zagreb, 13.02.2019.

Podpis študent/ke:

Mara Županič



POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a) Martina Mesek

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

profesorica hrvatskog jezika i književnosti

potrjujem, da sem lektoriral(a) Doktorsko delo študijskega programa tretje bolonjske stopnje SOCIALNA GERONTOLOGIJA študenta(ke)

Mara Županić

z naslovom: "USPOREDBA POKAZATELJA KVALITETE ŽIVOTA STARIJH OSOBA U HRVATSKOM URBANOM I RURALNOM PROSTORU"

Kraj: VARAŽDIN

Datum: 11. 2. 2019.

Podpis: Martina Mesek