

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

DOKTORSKA DISERTACIJA

Sanja Zoranić

ALMA MATER EUROPAEA

Evropski center, Maribor

Doktorska disertacija

študijskega programa tretje bolonjske stopnje

SOCIALNA GERONTOLOGIJA

**KVALITETA ŽIVOTA STARIJIH OSOBA U
RURALNIM I OTOČNIM SREDINAMA
DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE**

**KVALITETA ŽIVLJENJA STAREJŠIH V
RURALNEM OKOLJU IN NA OTOKIH
DUBROVNIŠKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE**

Mentor: izr. prof. dr. sc. Mladen Havelka

Kandidat: Sanja Zoranić

Maribor, ožujak 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem svojem mentoruizr. prof. dr. sc. Mladenu Havelki na stručnoj pomoći i savjetima tijekom pisanja ovog rada. Također, zahvaljujem kolegicama, medicinskim sestrama iz Patronažne djelatnosti Doma zdravlja Dubrovnik: Lenki, Ružici, Katarini i Ankici, koje su mi izašle u susret i pomogle u velikom poslu prikupljanja podataka. Vjerujem da će rezultati i njima koristiti.

SAŽETAK

Kvalitetu života čine objektivni i subjektivni aspekti, koji se povezuju sa zadovoljstvom i utjecajem na društvo ili pojedinaca. Kao jedan od ključnih problema koji se povezuje s kvalitetom života starijih osoba, navodi se socijalna isključenost u različitim aspektima života, što dovodi do narušavanja kvalitete življenja. Cilj istraživanja je utvrditi postojanje razlika u kvaliteti života između starijih osoba u ruralnim kopnenim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije, postojanje socijalne podrške, aktivnosti, te relevantne demografske karakteristike. Istraživanje je provedeno na uzorku starijih osoba oba spola u ruralnim kopnenim i otočnim sredinama, grupiranih u dvije skupine, anketiranjem putem upitnika zasnovanih na samoprocjeni. 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), proširen nekolicinom pitanja koja se odnose na tjelesno kretanje, tjelesne simptome i mentalno stanje; Skala zadovoljstva životom; Skala Optimizma – Pesimizma; Multidimenzionalni upitnik zdravstvenog lokusa kontrole (MHLC); te Upitnik o važnosti slobodnog vremena i Upitnik o načinu provođenja slobodnog vremena, konstruirani za potrebe ovog istraživanja. Rezultati istraživanja su pokazali da postoje statistički značajne razlike u određenim domenama kvalitete života i pojedinim sociodemografskim pokazateljima, ovisno o tome žive li starije osobe u otočnom ili ruralnom kopnenom području Dubrovačko-neretvanske županije, ali s pozitivnijim odgovorima u smjeru otočnog područja. Jednako tako, dokazano je da postoji mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života na temelju promatranih varijabli istraživanja, na osnovu kojih je moguće poboljšati zadovoljstvo životom, odnosno kvalitetu života starije populacije. S obzirom da na ovu temu nisu pronađena veća istraživanja na navedenim lokacijama, doprinos ovakvom istraživanju može se očitovati u planiranju ciljane javnozdravstvene i socijalne politike s ciljem podizanja kvalitete života starijih osoba, s obzirom na razinu uključenosti različitih pružatelja usluga, geografske pokrivenosti usluga i korisnika.

Ključne riječi: starije osobe, umirovljenje, socijalna sredina, fizička aktivnost, kvaliteta života, zadovoljstvo životom.

ABSTRACT

Quality of life is made of objective and subjective aspects, related to satisfaction and impact onto the society or individuals. One of the key issues in relation to the quality of life of the elderly is social exclusion from various aspects of life, leading to deterioration of the quality of life. The aim of this research is to explore the differences in the quality of life among the elderly in rural coastal and island milieus in the Dubrovnik-Neretva County, the social support, activities as well as relevant demographic characteristics. The research was carried out among the elderly of both sexes in rural coastal and island milieus, divided into two groups, by administering self-assessment questionnaires. Research instruments used in the research were a structured standardised questionnaire collecting demographic data and standardised measure instruments: World Health Organisation Quality of Life Questionnaire, amended by adding several items in relation to physical movement, physical symptoms and mental state; Satisfaction with Life Scale; Optimism – Pessimism Scale; Multidimensional Health Locus of Control Questionnaire (MHLC), and the Questionnaire on the Importance of Leisure Time and the Questionnaire on the Leisure Time Function, constructed for the purpose of this research. Research results show statistically significant differences in certain domains of the quality of life and some socio-demographic indicators, depending on the milieu – island or rural coastal milieu in the Dubrovnik-Neretva County, but with higher scores in the island milieu. Furthermore, it has been proven that specific domains of the quality of life can be predicted on the basis of observed research variables, leading to better life satisfaction, i.e. quality of life of the elderly. Having in mind the research work in this area has been rather scarce, the main contribution of this research would be planning of targeted public health and social policy in order to improve the quality of life of the elderly, taking into consideration involvement of various service providers, geographic coverage of the services and users.

Keywords: The elderly, retirement, social milieu, physical activity, quality of life, life satisfaction.

SADRŽAJ

1 UVOD	1
2 POKAZATELJI KVALITETE ŽIVOTA STARIJIH OSOBA.....	4
2.1 Starost i starenje.....	4
2.2 Demografske karakteristike ruralnih i otočnih sredina	5
2.3 Kvaliteta života starijih osoba.....	9
2.4 Zadovoljstvo životom starijih osoba.....	11
2.5 Utjecaj socijalne sredine na starenje	13
2.6 Tjelesna aktivnost u starijoj životnoj dobi.....	14
2.7 Umirovljenje i slobodno vrijeme.....	16
2.8 Izazovi starenja u ruralnim i otočnim sredinama	19
2.9 Dosadašnja istraživanja na ovom području.....	21
3 ISTRAŽIVAČKI DIO.....	28
3.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije	28
3.2 Istraživačke hipoteze i istraživačka pitanja.....	28
3.3 Istraživačka metodologija.....	29
3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka	29
3.3.2 Opis instrumenata.....	30
3.3.3 Opis uzorka	33
3.3.4 Opis obrade podataka	34
3.4 Rezultati	36
3.5 Rasprava	114
4 ZAKLJUČAK.....	152
5 LITERATURA	155

PRILOZI

Prilog A: Popis institucija koje su sudjelovale u istraživanju

Prilog B: Odluka Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik

Prilog C: Informativni pristanak za istraživanje

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

Prilog E: Anketni upitnici

IZJAVA O AUTORSTVU

POTVRDA O LEKTORIRANJU

POPIS TABLICA

Tablica 1: Domene upitnika WHOQOL-BREF	31
Tablica 2: Testiranje normalnosti distribucije.....	36
Tablica 3: Distribucija broja ispitanika prema obrađivanim područjima.....	37
Tablica 4: Prikaz distribucije ispitanika prema dobi	37
Tablica 5: Opisna statistika za dob ispitanika prema promatranim mjestima.....	38
Tablica 6: Rangovi za dob ispitanika prema promatranim mjestima.....	39
Tablica 7: Testiranje statističke značajnosti za dob ispitanika prema promatranim mjestim	39
Tablica 8: Prikaz distribucije ispitanika prema spolu	40
Tablica 9: Hi kvadrat test ispitanika prema spolu i promatranim skupinama	40
Tablica 10: Stručna sprema i promatrane skupine	41
Tablica 11: Hi kvadrat test za stručnu spremu prema skupinama.....	41
Tablica 12: Zanimanje – Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep.....	43
Tablica 13: Zanimanje – Dubrovačko primorje	43
Tablica 14: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o zdravstvenom stanju: Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep.....	44
Tablica 15: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o zdravstvenom stanju: Dubrovačko primorje	44
Tablica 16: Odgovori ispitanika s promatranih lokacija na za skupinu pitanja iz upitnika WHOQOL-BREF.....	45
Tablica 17: Odgovori ispitanika s promatranih lokacija na pitanje Koliko propješačite dnevno (hodanje po terenu) i promatrane skupine	50
Tablica 18: Hi kvadrat test za pitanje koliko propješačite dnevno (hodanje po terenu) i promatrane skupine	51
Tablica 19: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija na pitanje Koliko dugo propješačite odjedanput i promatrane skupine	52
Tablica 20: Hi kvadrat test za pitanje koliko dugo propješačite odjedanput i promatrane skupine	53
Tablica 21: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija na pitanje Kolika Vam je brzina pješačenja i promatrane skupine	53
Tablica 22: Hi kvadrat test za pitanje kolika Vam je brzina pješačenja i promatrane skupine	54

Tablica 23: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija za učestalost tjelesnih simptoma	55
Tablica 24: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija za skupinu pitanja o mentalnom stanju.....	56
Tablica 25: Prikaz odgovora ispitanika sa promatranih lokacija s obzirom na Skalu o zadovoljstvu životom.....	57
Tablica 26: Prikaz odgovora ispitanika sa promatranih lokacija s obzirom na skupinu pitanja iz Multidimenzionalnog upitnika zdravstvenog lokusa kontrole	59
Tablica 27: Prikaz odgovora ispitanika sa promatranih lokacija iz upitnika o načinu korištenja slobodnog vremena i testiranje putem Hi kvadrat testa.....	64
Tablica 28: Prikaz odgovora ispitanika sa promatranih lokacija s obzirom na spol na ukupnom uzorku iz upitnika o učestalosti učestalost provođenja određene aktivnostii testiranje putem Hi kvadrat testa	69
Tablica 29: Prikaz odgovora ispitanika sa promatranih lokacija s obzirom na spol iz upitnika o učestalost provođenja određene aktivnosti i testiranje putem Hi kvadrat testa (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep)	71
Tablica 30: Prikaz odgovora ispitanika sa promatranih lokacija s obzirom na spol iz upitnika o učestalost provođenja određene aktivnosti i testiranje putem Hi kvadrat testa (Dubrovačko primorje)	74
Tablica 31: Prikaz odgovora ispitanika sa promatranih lokacija i testiranje putem Hi kvadrat testa s obzirom na skupinu pitanja iz upitnika o važnosti korištenja slobodnog vremena po kategorijama	77
Tablica 32: Odgovori ispitanika s obzirom na promatrane skupine i testiranje putem Hi kvadrat testa s obzirom na iz Skalu Optimizma - Pesimizma	79
Tablica 33: Prosječni pokazatelji kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na promatrane lokacije.....	84
Tablica 34: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na promatrane lokacije	85
Tablica 35: Testna statistika promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na promatrane lokacije ^a	86
Tablica 36: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika - Elafitski otoci.....	88
Tablica 37: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika ^a - Elafitski otoci	89

Tablica 38: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika - (Elafitski otoci).....	90
Tablica 39: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika ^{a,b} - (Elafitski otoci).....	91
Tablica 40: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika (Elafitski otoci)	92
Tablica 41: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika ^{a,b} (Elafitski otoci).....	94
Tablica 42: Spearmanov koeficijent korelacije promatranih komponenti (faktora) upitnika (Elafitski otoci).....	96
Tablica 43: Pregled modela.....	97
Tablica 44: Značajnost modela (ANOVA) ^a	98
Tablica 45: Regresijski koeficijenti ^a	98
Tablica 46: Usporedba s obzirom na spol ispitanika za skupinu pitanja o mentalnom stanju (Elafitski otoci).....	99
Tablica 47: Usporedba s obzirom na spol ispitanika i promatrane skupine pitanja o važnost korištenja slobodnog vremena po kategorijama (Elafitski otoci).....	100
Tablica 48: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika (Dubrovačko primorje)	102
Tablica 49: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika ^a (Dubrovačko primorje).....	103
Tablica 50: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika (Dubrovačko primorje)	103
Tablica 51: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika ^{a,b} (Dubrovačko primorje).....	105
Tablica 52: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika (Dubrovačko primorje).....	105
Tablica 53: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika ^{a,b}	107
Tablica 54: Spearmanov koeficijent korelacije promatranih komponenti (faktora) upitnika (Dubrovačko primorje).....	108
Tablica 55: Pregled modela.....	109
Tablica 56: Značajnost modela (ANOVA) ^a	110
Tablica 57: Regresijski koeficijenti ^a	110

Tablica 58: Usporedba s obzirom na spol ispitanika za skupinu pitanja o mentalnom stanju (Dubrovačko primorje).....	111
Tablica 59: Usporedba s obzirom na spol ispitanika i promatrane skupine pitanja o važnost korištenja slobodnog vremena po kategorijama (Dubrovačko primorje).....	112

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika prema dobnim skupinama promatranog uzorka	38
Grafikon 2: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika prema stručnoj spremi	42
Grafikon 3: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o dužini pješaćenja dnevno (hodanje po terenu).....	51
Grafikon 4: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o dužini pješaćenja odjedanput	52
Grafikon 5: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o brzini pješaćenja.....	5

1 UVOD

Starenje ukupnog stanovništva u Hrvatskoj traje već dulje vrijeme. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku iz Popisa stanovništva, kućanstva i stanova iz 2011. godine i u Hrvatskoj se uočava povećani trend starenja stanovništva i sve veći broj osoba starijih od 65 godina, već od 60-ih godina 20. stoljeća (Nejašmić i Toskić 2013, 91). U razdoblju od 1961. do 2011. godine, kada je rađen zadnji popis stanovništva, prosječna starost stanovništva je porasla za oko 10 godina (s 32,5 na 41,7), tako da se Hrvatska može klasificirati kao zemlja starije populacije, što prati i Europske trendove (Državni Zavod za statistiku 2011, 10). U Hrvatskoj, kao i u većem broju europskih zemalja, kao granica starosti koristi se dob odlaska u starosnu mirovinu, tj. dob od 65 godina.

Pojam starenja i u današnje vrijeme, najčešće, izaziva dvije osnovne negativne konotacije: propadanje i starost, odnosno kronološku dob. Kroz povijest se na starije osobe gledalo s velikim poštovanjem, a njihovo znanje o povijesti i životu se poštivalo i prenosilo na mlađe generacije, što im je omogućavalo povlaštenu položaj u zajednici (Diamond 2010). Tijekom vremena, modernizacijom načina života, kao i stavljanje sve većeg naglaska na mladost, posebno kroz medije, došlo je do stvaranja društva s iskrivljenom percepcijom o ovom životnom razdoblju (Vickers 2007, 102-103), što je dovelo do svojevrstne diskriminacije starijih osoba, a što u velikoj mjeri utječe na njihovu kvalitetu života. Takva percepcija okoline utječe na sam proces starenja i u velikoj mjeri otežava ili u krajnjem slučaju onemogućava prilagodbu na ovo životno razdoblje (Tomečak idr. 2014, 45-46). Stereotipiziranje i diskriminacija osoba starije životne dobi prisutna je u socijalnim sredinama raznih kultura i u današnje, moderno doba i odražava se na sve segmente života (Gutman i Spencer 2010). Kvaliteta života jedan je od glavnih pojmova u istraživanju starenja, a s obzirom na subjektivnost doživljaja, različita je za svaku osobu (Slavuj 2012, 80-84). Da bi se osiguralo kvalitetno starenje, glavno je utvrđivanje potreba stanovništva, dok mjerenje i procjena kvalitete života starijih osoba služe kao alat za poboljšanje njihove kvalitete življenja s obzirom na specifičnosti u demografskim, socijalnim i zdravstvenim obilježjima (Petraček idr. 2006, 37-38). Optimalno i produktivno starenje je ono čemu društvo teži i usko se povezuje s aktivnim starenjem, što je od velike važnosti za demografske, ekonomske i društvene trendove (Magnus 2009). U današnje vrijeme sve je više starijih osoba koje su aktivne i produktivne i u visokoj dobi, te starenje shvaćaju kao mogućnost pronalazanja novog smisla u životu (Bara i Podgorelec 2015, 66). Pojam uspješnog starenja

počinje puno prije trenutka umirovljenja, njegujući aktivan i zdravi odnos prema životu, održavajući zdravlje, razvijajući intelekt i njegujući socijalne kontakte, uz pozitivnu samopercepciju, što pridonosi samopouzdanju i neovisnosti (Bowling i Iliffe 2011). Na području Dubrovačko-neretvanske županije prema popisu stanovništva iz 2011. godine, živi ukupno 122.568 stanovnika, od kojih je 20.908 stanovnika (17 %) u dobi od 65 godina i više, što je nešto niže od nacionalnog prosjeka od 17,7 % (Dubrovačko-neretvanska županija 2014, 10). Iz istog izvora vidi se porast u dvije dobne skupine u razdoblju od 2001. do 2011. godine, i to u dobnoj skupini od 55 do 64 godine za oko 24 %, i u dobnoj skupini od 75 do 84 godine oko 30 %, što zahtijeva promjene u nizu segmenata na razini države, a u ovom slučaju prvenstveno na razini županije (Dubrovačko-neretvanska županija 2014, 10). Prilikom mjerenja kvalitete života starijih osoba uz subjektivne i objektivne čimbenike u obzir se, obavezno, moraju uzeti i obilježja područja u kojima žive. Naime, percepcija kvalitete života starijih osoba razlikuje se s obzirom na specifičnost područja, kao što su ruralna i otočna (Nordbakke i Schwanen 2014, 125). Specifičnost ruralnih i otočnih područja, kao i trend starenja stanovništva, reflektira se na socijalni, gospodarski, komunikacijski, kao i zdravstveni aspekt života starijih osoba (Žutinić i Bokan 2013, 228). Trend depopulacije određenih područja kao što su ova područja postaje izraženiji pojavom gospodarske krize kada dolazi do migracije stanovništva u urbanu sredinu (Europski parlament 2017, 10-11). Unatoč ulaganjima u otoke koje država provodi od 1999. godine (oko 1,5 milijarde kuna godišnje), trend odljeva stanovništva je i dalje prisutan (Ministarstvo regionalnog razvoja i fondova europske unije 2017, 3-9). Kao glavne razloge koji su utjecali na ovakvu demografsku sliku otoka, Podgorelec (2008) navodi višestoljetna demografska kretanja i društveno-gospodarska zbivanja. Međutim, proces depopulacije je izraženiji na manjim otocima, dok na velikim otocima, ipak postoji umjeren porast stanovništva u razdoblju između dva popisa stanovništva od 1991. do 2001. godine (Podgorelec 2008, 69-70). Slična demografska slika vidljiva je i u Grčkoj, gdje su najgušće naseljena urbana središta i područja oko njih te veći otoci, a rjeđe planinska, ruralna unutrašnjost i udaljeniji manji otoci Egejskog arhipelaga, gdje depopulacija, isto postaje izraženija pojavom Gospodarskih problema, te u konačnici svjetskom financijskom krizom u razdoblju od 2007. do 2008. godine (Eurostat 2016). Zbog demografskih promjena koje su nastupile, u smislu povećanja očekivanog trajanja života i povećanja broja osoba starije životne dobi, fokus socijalnih politika nije više samo na skrbi, već je usmjeren prema promicanju zdravlja i neovisnosti starijih osoba, uključenosti u zajednicu i dobrobiti starijih osoba (Stephens idr. 2015, 715-716).

Procjena stvarnog stanja i potreba ciljne populacije od velike je važnosti za određivanje prioriteta u razvoju i pružanju socijalnih usluga. Vrlo često kvaliteta usluga koje su dostupne ne zadovoljava njihove realne potrebe (Stavljenić-Rukavina idr. 2012, 5-6). Velike razlike među starijim osobama i njihovim potrebama, ovisno o sredini u kojoj žive, zahtijevaju, prvenstveno od lokalne zajednice, planiranje i provođenje najboljeg modela brige za starije osobe (Ćakić-Kuhar idr. 2015, 8). S obzirom na navedene specifičnosti, osobama starije životne dobi koje borave u otočnim i udaljenim ruralnim područjima potrebno je osigurati različite sustave podrške i pomoći uvažavajući njihove specifične potrebe u smislu geografskih obilježja. Dobro prometno povezivanje s većim središtima omogućuje dnevnu cirkulaciju stanovnika, što je od velike važnosti za zadržavanje mlađeg stanovništva u ovim područjima, kao i za kvalitetu života starijih osoba.

Svi spomenuti čimbenici ukazuju na važnost istraživanja ciljne populacije sa spoznajnog (trenutni status kvalitete života, zadovoljstva životom, socijalne podrške, tjelesne aktivnosti, socijalni i zdravstveni aspekt), ali i praktičnog aspekta, tj. mogućnosti pronalaženja mjera za poboljšanje uvjeta starenja kao procesa. S obzirom da pretraživanjem baza podataka nisu pronađeni znanstveni radovi koji su istraživali ovu problematiku na području Dubrovačko-neretvanske županije, ovom doktorskom disertacijom došlo se do rezultata koji bi mogli poslužiti kao temelj za izradu modela podrške, kao i bolje organizacije javnih i zdravstvenih resursa u smislu dostupnosti, što bi u konačnici dovelo do poboljšanja kvalitete života starijeg stanovništva u ruralnim i otočnim područjima županije.

2 POKAZATELJI KVALITETE ŽIVOTA STARIJIH OSOBA

2.1 Starost i starenje

Starenje je proces koji započinje rođenjem. Na pojmovnoj razini, razlikujemo starenje od starosti. Pojmom starosti označava se posljednje razvojno doba u životu osobe, koje se definira prema kronološkoj dobi, socijalnim ulogama ili prema funkcionalnom statusu dok se pojmom starenja definira proces tijekom kojega nastaju promjene u funkciji i odvija se na biološkoj, psihološkoj i socijalnoj razini (Despot-Lučanin 2003, 15). Promjene koje nastupaju ne događaju se na svim razinama istim intenzitetom, niti se na isti način manifestiraju među populacijom, a razlike koje su uočene odnose se na stupanj zadovoljstva životom, na kvalitetu života, aktivnosti, socijalnu uključenost i razinu doživljenog stresa (Galić idr. 2013, 3-4). Za definiranje starosti Bouillet (2003), uz navedene parametre: “uključuje i odnos kvalitete života, sustava vrijednosti i obilježja sredine u kojoj osoba živi“ (Bouillet 2003 v Rusac idr. 2016, 8). Promjene koje nastupaju starenjem, kao što su: mijenjanje izgleda, socijalnog statusa, fizička ograničenja koja se javljaju; djeluju na doživljaj samog sebe, a posljedično i na ponašanje starije osobe (Pečjak 2003, 48). Kao što autorica Langer (2012) navodi: “Kada bismo unaprijed naučili kako se nositi s promjenama vezanim za starenje, spremnije bismo dočekali vlastitu starost.” (Langer 2012, 76), što nam govori o važnosti prilagodbe na nastale promjene. Prilagodba se smatra jednim od osnovnih prediktora kvalitete života (Schmid 2014, 27-29).

Uz dobru prilagodbu, parametri koji imaju veliki utjecaj na kvalitetno starenje su samopercepcija i percepcija okoline (Wolff idr. 2018). Pozitivna staračka samopercepcija je od velikog značaja za kvalitetno starenje, dok negativna percepcija otežava prilagodbu na ovo životno razdoblje i postizanje odgovarajuće kvalitete života. Na to u velikoj mjeri utječe i okruženje u kojem boravi starija osoba i odnos zajednice prema njoj (Tomečak idr. 2014, 45-46). Vauclair i suradnici (2016) navode da društvene norme i predrasude imaju veći utjecaj na kvalitetu života, nego samopercepcija i povećavaju stres, a što posljedično utječe na zdravlje starijih osoba (Vauclair idr. 2016, 699). Postizanje maksimalne kvalitete života, u smislu aktivnog i produktivnog starenja uvelike otežavaju određene dobne norme koje propisuje društvo, u smislu očekivanog ponašanja pojedinca, što Neugarten naziva „Socijalni sat“ (Despot-Lučanin 2003, 19-20). Sve što je van društvenih okvira ponašanja podložno je osuđivanju i diskriminaciji. Istraživanja pokazuju da se postotak diskriminacije

starijih osoba ni u današnje vrijeme ne smanjuje, te da se negativni stavovi kao i predrasude o starijim osobama mogu pronaći u svim dobnim skupinama, pa čak i među njima samima (Tomečak idr. 2014, 44). Pojam ageizma definira sistematično stereotipiziranje i diskriminaciju ljudi samo radi kronološke dobi. Ageizam kao pojava narušava kvalitetu života starije populacije i izaziva osjećaj nesposobnosti i ovisnosti, što dovodi do gubitka samopoštovanja i doživljavanja sebe starijima i slabijima (Langer 2012, 47-68). Diskriminacija starijih osoba vidljiva je u brojnim segmentima života, počevši od radne sredine, preko obiteljskog, društvenog, seksualnog života, pa čak i zdravstvenog sustava (Demir idr. 2016, 901). Unatoč situaciji gdje još uvijek u društvu nailazimo na negativne stavove i predrasude, veliki broj osoba ipak stari aktivno, te do poznih godina provodi vrijeme uz fizički i intelektualni rad. Međutim, potreban je stalni angažman zajednice i društva u razbijanju predrasuda, jer u velikoj mjeri otežavaju starenje (Swift idr. 2017, 198). Velika odgovornost je na društvu koje postaje svjesno ubrzanog povećanja broja starijih osoba u ukupnoj populaciji, kao i mjera koje je potrebno poduzeti kako bi se omogućila kvalitetna starost i društvena uključenost. Kao što se navodi u Strategiji socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017. do 2020. godine: „Današnje generacije starijih osoba žele visoku kvalitetu života, žele ostati neovisne i aktivne bez obzira na svoju dob“ (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku 2017, 5). Iz tog razloga isti izvor za ciljeve postavlja: unaprjeđenje zakonodavnog okvira, informiranje i podizanje razine svijesti o pravima starijih osoba te širenje i unaprjeđenje usluga u zajednici (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku 2017, 5). Najveći problem, ipak, ostaju predrasude društva koje percipira starost kao „teret“ za sustav, uz neprepoznavanje kvaliteta i potencijala koje posjeduju, kao i mogućnost doprinosa starijih osoba zajednici i društvu (World Health Organization 2008, 1).

Uz razvijanje svijesti o starosti i starenju, kao i mijenjanjem stavova omogućujemo starijim osobama samostalnost, te aktivno i kvalitetno starenje, što pozitivno utječe na psihičko i fizičko zdravlje pojedinca.

2.2 Demografske karakteristike ruralnih i otočnih sredina

Stanje demografske slike u Dubrovačko-neretvanskoj županiji u skladu je s trendovima u ostatku Hrvatske. Kao i u mnogim drugim županijama Republike Hrvatske, stanovništvo Dubrovačko-neretvanske županije je sve starije, što nam potvrđuju i podatci iz Popisa

stanovništva o 17 % starijih od 65 godina u ukupnom broju stanovnika, a što je ipak nešto niže od nacionalnog prosjeka, koji iznosi 17,7 % (Dubrovačko-neretvanska županija 2014, 53). Međutim, u skladu s istim Popisom iz 2011. godine, Dubrovačko-neretvanska županija ima najveći postotak dobne skupine od 85 godina i više u ukupnosti starijeg stanovništva (9,68 %). Za usporedbu, Vukovarsko-srijemska županija ima najmanji postotak ove dobne skupine (6,32 %) (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 7-8). Povećanjem broja populacije starije životne dobi, povećava se potreba za ciljanim socijalnim i zdravstvenim uslugama, koje su namijenjene starijem stanovništvu, posebno u sredinama koje su na neki način izolirane, tj. udaljene od urbanih središta, kao što su otočna i ruralna područja (Dubrovačko-neretvanska županija 2014, 9-10).

Kao najčešći korišteni kriterij za razlikovanje ruralnih i urbanih područja koristi se definicija OECD-a (*Organization for Economic Cooperation and Development*), koja se temelji na gustoći naseljenosti stanovništva (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja 2008, 7). Na lokalnoj razini općina i gradova u Republici Hrvatskoj, područja se klasificiraju kao ruralna ili urbana s obzirom na broj stanovnika na km² (prag od 150 stanovnika na km²), dok na regionalnoj razini, tj. razini županija, OECD definira tri skupine ruralnih područja, ovisno o udjelu stanovništva i to kao:

- pretežito ruralne regije (više od 50 % stanovništva regije živi u lokalnim ruralnim područjima),
- značajno ruralne regije (15 – 50 % stanovništva regije živi u lokalnim ruralnim područjima) i
- pretežito urbane regije (manje od 15 % stanovništva regije živi u lokalnim ruralnim područjima (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja 2008, 7).

U skladu s istim izvorom, Dubrovačko-neretvanska županija je klasificirana kao „značajno ruralna“, što znači da 15–50 % stanovništva regije živi u ruralnim područjima (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja 2008, 8). Walsh i suradnici (2012) smatraju da je problem demografskog starenja u ruralnim područjima zanemaren u smislu istraživanja (Walsh idr. 2012, 1). Zbog stalnih migracija mlađeg stanovništva i činjenice da ruralna područja obilježava duboka demografska starost, velikom broju sela prijete izumiranje (Nejašmić 2013, 206-208). Ruralni dio Dubrovačko-neretvanske županije demografskom slikom ne odudara od ostatka Hrvatske. Općina Dubrovačko primorje je jedna od 17 općina

koje se nalaze na području Dubrovačko-neretvanske županije, koja se zbog slabe naseljenosti od 2170 stanovnika ubraja među najrjeđe naseljene jedinice lokalne samouprave u županiji, a što nam potvrđuje i zadnji službeni Popis stanovništva iz 2011. godine (Državni zavod za statistiku 2013, 80). Najveći broj stanovnika zabilježen je 1910. godine, a iznosio je 5267, dok je najmanji broj stanovnika bio po zadnjem službenom popisu stanovništva iz 2011. godine (Dubrovačko-neretvanska županija 2015, 6-7). Općina Dubrovačko primorje obuhvaća 20 naselja koja se nalaze u ruralnom području, od kojih se samo četiri nalaze uz obalu, dok su ostala smještena u brdskom zaobalju kao mala seoska naselja s raštrkanim zaseocima koje je najviše pogodio „ruralni egzodus“ (Karlić Mujo 2010, 123, 140).

U ovom istraživanju nije obuhvaćeno mjesto Slano (općinsko središte), koje prema zadnjem popisu stanovništva broji 579 stanovnika, zbog geografski puno povoljnijeg položaja u smislu dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga, kao i bolje prometne povezanosti s Dubrovnikom. S obzirom na spolnu strukturu stanovništva u Dubrovačkom primorju, 51,16 % čine žene, a 48,84 % muškarci, što se u omjerima podudara i sa stanjem na nivou države (Dubrovačko-neretvanska županija 2015, 9). Posebno u naseljima u zaleđu, staro stanovništvo čini više od polovice ukupnog stanovništva pojedinih naselja. (Dubrovačko-neretvanska županija 2015, 9-10). Indeks starosti od 168,57 ukazuje na tip dobnog sastava stanovništva izrazite duboke demografske starosti, gdje je od ukupnog broja stanovnika, 570 osoba starije od 65 godina, od kojih je 295 starijih od 75 godina (Državni zavod za statistiku 2013, 80).

Od ukupnog broja kućanstava (759), prema rezultatima Popisa iz 2011, u općini Dubrovačko-primorje, 37,3 % (238) otpada na jednočlana ili samačka kućanstava, a 22,8 % (173) na dvočlana kućanstva (Dubrovačko-neretvanska županija 2015, 10). Kao razlozi navode se neodgovarajući životni uvjeti za mlade zbog nerazvijenosti gospodarskog i društvenog segmenta, zbog čega su ruralna područja, posebno zadnjih trideset godina izložena depopulaciji (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja 2008, 12-13). U skladu s politikom ruralnog razvoja u Europi, države članice i regije: “dužne su osiguravati provedbu politike ruralnog razvoja, a jedan od glavnih ciljeva je poboljšanje kvalitete života u ruralnim područjima i podupiranje diversifikacije ruralnog gospodarstva”, i poljoprivredne proizvodnje kao glavnog nositelja gospodarskog razvoja (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja 2008, 9), a sve s ciljem zadržavanja stanovništva na ovim područjima.

Dubrovačko-neretvanska županija ima i veći broj manjih otoka na kojima je većinski starije stanovništvo. Za razliku od ruralnih kopnenih područja, otoci su u specifičnijoj vrsti izolacije. Prema kriteriju veličine, hrvatski otoci su razvrstani u četiri skupine: veliki otoci (veći od 110 km²), srednji otoci (od 51 do 110 km²), mali otoci (od 20 do 50 km²) i vrlo mali otoci (manji od 20 km²) (Nejašmić 2013, 144).

Elafitsko otočje čini krajnju skupinu južnodalmatinskog otočja i sastoji od 13 otoka od kojih su samo tri otoka (Šipán, Lopud i Koločep) infrastrukturno najrazvijeniji i ujedno površinom najveći (Institut za razvoj i međunarodne odnose 2016, 4-6). Ova tri otoka su najjužniji hrvatski stalno naseljeni otoci, i to većinski starijim stanovništvom, a administrativno spadaju pod Grad Dubrovnik (Grad Dubrovnik 2018, 9). Ubrajaju se u skupinu vrlo malih otoka koji su, kako je već spomenuto, veoma ugroženi u demografskom smislu. Prema vrijednosti bodovnog pokazatelja ostarjelosti stanovništva, stanovništvo Šipana i Koločepa pripada tipu 5 – vrlo duboka starost, dok stanovništvo otoka Lopuda pripada tipu 6 – izrazito duboka starost (Nejašmić 2013, 152-153). Dugogodišnje iseljavanje mladih ljudi s otoka, dovelo je do toga da su, kao i ostali otoci u Hrvatskoj, postali najugroženiji prostori u smislu starosti stanovništva (Podgorelec 2008). Prema popisu stanovništva iz 2011. godine, na ova tri otoka živi 831 osoba, i to: Koločep -163, Lopud - 249 i Šipán - 419, od kojih je trećina starija od 60 godina (oko 33 %) (Državni zavod za statistiku 2013, 638-640). Spolna struktura stanovništva na ovim otocima je sljedeća: oko 51 % (426) se odnosi na muško stanovništvo, a 49% (406), na žensku populaciju (Državni zavod za statistiku 2013, 638-640). Broj kućanstava u 2013. godini se kretao od 67 na Koločepu, 98 na Lopudu i 163 na Šipanu, što ukupno iznosi 328, od čega gotovo trećina otpada na samačka kućanstva (Turistička zajednica grada Dubrovnika i IRMO 2015, 8).

Prema Popisu stanovništva iz 2011. godine, posljednjih godina na hrvatskom otočju registriran je veći priljev stanovništva, osim na južnodalmatinskom otočnom području, u koje spada Elafitsko otočje. Međutim, taj porast broja stanovništva pripisuje se fiktivnom prijavljivanju boravišta na otočju, stanovnika kuća za odmor, zbog čega dolazi u pitanje stvarno stanje migracije stanovništva, kao i broja stanovništva koje živi na otocima (Lajić i Mišetić 2013, 176-181). Kao veliki problemi svih starijih otočana navode se osamljenost, prekidi društvenih veza, socijalna izolacija i skupoća, a sve kao posljedica ekonomskih činitelja i loše povezanosti otoka s kopnom (Babić idr. 2004a). Jedan od parametara koji utječe na kvalitetu života je i ekonomski aspekt. Kao najčešći izvor prihoda na hrvatskim malim otocima u današnje se vrijeme ističu poljoprivreda, ribarstvo i turistička djelatnost

(Magaš 2008, 33), uz pomorstvo i sitne obrte, što se i kroz povijest isticalo kao osnovni izvor prihoda na ovim područjima (Magaš idr. 2001, 49).

S obzirom na karakteristike ovih područja velika je odgovornost države u razvoju otoka i osiguravanju različitih sustava podrške, kako bi se stanovništvo zadržalo na ovim prostorima. Temeljni dokument razvoja jadranskih otoka je “Nacionalni program razvitka otoka” Ministarstva razvitka i obnove Republike Hrvatske iz 1997. godine, čije je osnovno načelo “izjednačavanje uvjeta i kvalitete života na otocima i na kopnu”, uz Zakon o otocima (Narodne novine, broj 116/2018) kao institucionalni okvir razvoja otoka na temelju kojega se poduzimaju mjere i provode programi koji pridonose razvoju otoka (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije 2018). Glavni cilj je zadržavanje stanovništva na otocima, kao i poboljšanje uvjeta i kvalitete života otočana u svim segmentima, uz demografski, društveni i gospodarski razvoj (Ministarstvo regionalnoga razvoja i fondova Europske unije 2018, 3).

Pri mjerenju kvaliteta života, Leutar i suradnici (2007) ističu potrebu procjene individualnih potreba ljudi i poduzimanja aktivnosti u skladu s tim potrebama (Leutar idr. 2007, 329), uz obavezno uzimanje u obzir i karakteristika područja na kojem starija osoba obitava, jer se percepcija kvalitete života razlikuje s obzirom na njihove specifičnosti (Nordbakke i Schwanen 2014, 125). Velika je odgovornost lokalne i regionalne samouprave u praćenju problematike otoka i kopnenog ruralnog područja, te u skladu s potrebama i specifičnostima poboljšanja djelatnosti socijalne i zdravstvene skrbi, ekonomskog i društvenog segmenta, da bi se zadržalo stanovništvo na ovim područjima, kao i osigurala maksimalno moguća kvaliteta života onih koji na njima stalno borave.

2.3 Kvaliteta života starijih osoba

Felce i Perry (1995) definiraju kvalitetu života kao opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja uz osobni razvoj i aktivnost (Felce i Perry 1995, 54-55). Kvaliteta života je višedimenzionalna procjena sposobnosti pojedinca u odnosu prema njegovim fizičkim, mentalnim i društvenim sposobnostima i može pridonijeti sveukupnoj dobrobiti pojedinca (Sun idr. 2015 v Seangpraw 2019, 451).

Cummins navodi da je kvaliteta života u isto vrijeme objektivna i subjektivna, a svaka domena sastavljena je od sedam područja: materijalnog blagostanja, zdravlja,

produktivnosti, intimnosti, sigurnosti, blagostanja zajednice i emocionalnog blagostanja (Cummins 1988, 3). Razvojem istraživanja došlo se do spoznaje da subjektivne i objektivne domene nisu međusobno isključive, te da je radi kvalitetnijih rezultata prilikom istraživanja najbolje koristiti i jedne i druge, jer su tako obuhvaćeni različiti aspekti koji se mjere za utvrđivanje kvalitete života (Slavuj 2012, 84). Mjerenje kvalitete života za starije osobe je od velike važnosti za istraživanje ishoda povezanih sa zdravljem, kao i poboljšanja socijalnog i fizičkog okruženja za život starije populacije (Pan idr. 2016, 109). Povećani rizik od socijalne izolacije, slabljenje funkcionalnih mogućnosti (smanjena pokretljivost) i zdravstveno stanje ističu se kao izazovi u održavanju dobre kvalitete života u starijoj dobi (Kojima idr. 2016; Shankar idr. 2013; Rantakokko idr. 2016; Cho i Poon 2015 v Hancock i Wells 2019, 322). Kako navode Havelka i suradnici (2000): “novije generacije starijih ljudi sve su dugovječnije, zdravije, obrazovanije, ali zato i zahtjevnije što se tiče kvalitete življenja” (Havelka idr. 2000, 19), zbog čega je nužan angažman društvenih struktura u stvaranju uvjeta za postizanje maksimalne kvalitete života, vodeći računa o specifičnostima sredine u kojoj se nalaze.

Kao jedan od veoma važnih faktora za pojam dobre kvalitete života starijih osoba, navodi se što ranija prilagodba promjenama koje dolaze sa starenjem (Langer 2012, 128-135).

Istraživanje autora Hancock and Wells (2019), koje je provedeno s ciljem procjene kvalitete života starijih Australaca koji žive u ruralnim i urbanim naseljima pokazali su da je najjači prediktor fleksibilnost, tj. mogućnost prilagodbe, a ne geografska lokacija (Hancock and Wells 2019, 325-326). Prilikom mjerenja kvalitete života, potrebno je uz primjenu holističkog pristupa, a da bi se dobila kompletna slika, obavezno uključiti već spomenute specifičnosti područja u kojem osoba boravi. Cummins (2016) ističe: zdravlje, emocionalnu dobrobit, materijalno blagostanje, bliske odnose s drugim ljudima, produktivnost, društvenu zajednicu i sigurnost kao sedam područja koja su važna pojedincu i koje je potrebno obuhvatiti prilikom mjerenja kvalitete života (Cummins 2016). Na ovaj su način obuhvaćeni svi aspekti koji čine kvalitetu života starije populacije. Tako je moguće, procijeniti potrebe populacije i poduzeti potrebne mjere poboljšanja sustava, s ciljem osiguravanja optimalnih uvjeta za aktivno i kvalitetno starenje (Eurofound 2014, 5). Postizanje maksimalne kvalitete života i subjektivnog blagostanja u dobi nakon umirovljenja ovisi o nizu faktora, kao što su zdravstveno stanje, partnerski status, financijske mogućnosti, uključenost u socijalnu sredinu i aktivnost (Jivraj idr. 2014, 939-940), a što potvrđuju i druga istraživanja (Chen 2014; Wongsavat 2017). Velikom broju starijih osoba mogućnost samostalnog obavljanja

rutinskih aktivnosti uz dostatne financije karakterizira dobru kvalitetu života (Wongsawat 2017, 369). Pojam kvalitete života podrazumijeva holistički i individualizirani pristup uključujući objektivne okolnosti koje čine relativno trajni uvjeti. Oni određuju mogućnost zadovoljenja osobno važnih potreba, kao i subjektivnost koja se odnosi na činjenicu da je percepcija kvalitete života subjektivan doživljaj, te da je relevantna samo perspektiva pojedinca (Vuletić 2011, 9-15).

2.4 Zadovoljstvo životom starijih osoba

Zadovoljstvo životom je subjektivni doživljaj kvalitete života. U literaturi nailazimo na različita tumačenja pojma zadovoljstva životom. Ono se odnosi na evaluaciju osobnoga života, a čine ga dvije komponente: kognitivna komponenta subjektivne dobrobiti i emocionalna komponenta (Penezić 2006, 643-644). S višom životnom dobi mijenja se i percepcija pojma kvalitete života i važnost pojedinih domena, tj. kriterija na osnovu kojih svaka osoba procjenjuje zadovoljstvo životom (Kovčo Vukadin idr. 2016, 92-94). Životno zadovoljstvo se promatra »kao vitalni pokazatelj pozitivnog mentalnog zdravlja starije populacije« (Nyqvist idr. 2012 v Pan 2018, 76). Cummins (2003) tumači da se kvaliteta života održava u homeostazi i da svaka osoba subjektivno procjenjuje zadovoljstvo životom na osnovi interakcije okoline i uvjeta življenja u kojima se nalazi. Isti autor navodi da će u slučaju promjene u okolnim uvjetima ili promjene osobe u nekoj od psiholoških varijabli, tj. poremećaja ravnoteže, doći i do narušavanja subjektivnog doživljaja zadovoljstvom života, a posljedično i kvalitete života (Cummins 2003). Starosna percepcija je jedan od važnih faktora koji ima utjecaj na zadovoljstvo životom i ovisi o životnoj filozofiji, uspješnosti u životu koji je osoba vodila, socijalnoj sredini u kojoj se nalazi, kao i o izgledu (Pečjak 2001, 59), u čemu prilagodba promjenama igra veliku ulogu. Kubler-Ross i Kessler (2016) prilagodbu promjenama koje donosi starenje smatraju jednim od ključnih faktora za postizanje zadovoljstva životom i življenje života u pravom smislu. (Kubler-Ross i Kessler 2016, 182-192).

Zadovoljavajuća percepcija koju pojedinci imaju o sebi jedan je od čimbenika koji vodi prema aktivnom i uspješnom starenju (da Silva idr. 2009). U tom kontekstu se za period starenja ističu mehanizmi samoregulacije, tj. organiziranih sposobnosti ili vještina koje osoba primjenjuje za kontrolu vlastitog doživljavanja i ponašanja, koji su važni za stabilnosti u starijoj dobi, a odnose se na prilagođavanje samoevaluacije (povezanost prošlosti,

sadašnjosti i budućnosti), mijenjanje životnih ciljeva i regulacije emocija (Galić idr. 2013, 16).

Ono što se još ističe kao važan prediktor zadovoljstva životom u starijoj dobi jest sposobnost pojedinaca da održi aktivnost i samostalnost u svakodnevnom životu (Aydiner-Boylu i Günay 2017), a na što u velikoj mjeri utječe zdravstveno stanje. Percepcija zdravlja je važan čimbenik za procjenu kvalitete života općenito, a posebno starijih osoba, jer se vrlo često kvaliteta života u starosti, povezuje sa zdravljem, međutim, nije nužno da o njemu ovisi (Despot-Lučanin idr. 2006 v Pavlović 2010, 1080).

Berglund i suradnici (2014) percepciju, tj. samoprocjenu zdravlja, navode kao važan prediktor zdravstvenih ishoda, kao što su funkcionalna sposobnost, korištenje zdravstvene zaštite, morbiditet i mortalitet (Berglund idr. 2014, 1).

Termin *Lokusa kontrole* prvi uvodi Rotter (1966), te opisuje internalni i eksternalni lokus kontrole. Internalni (interni) lokus kontrole odnosi se na osobe koje percipiraju da na sve ono što se događa sami utječemo, dok se o eksternalnom (eksternom) lokusu kontrole govori kada osobe imaju percepciju da je sve ono što se događa rezultat sreće, slučajnosti, sudbine ili je pod kontrolom drugih ljudi (Rotter 1966, 1-2). Procjenom lokusa zdravstvene kontrole utvrđuje se percepcija ispitanika o razlozima bolesti, odnosno utjecajima na vlastito zdravlje, kao i mogućnost kontrole zdravlja, tj. pripisuje li ispitanik svoje zdravlje, tj. bolest vlastitom ponašanju ili nekim vanjskim okolnostima (Barath 1995 v Sindik i Rončević 2014, 93).

Istraživanja su pokazala da je unutarnji zdravstveni lokus kontrole, uz dispozicijski optimizam i samoefikasnost povezan sa zdravim starenjem i boljom kvalitetom života (Kostka i Jachimowicz 2010, 360). Jednako tako pokazuju da je optimizam u pozitivnoj korelaciji sa zdravljem, zdravstvenim ponašanje, kao i s blagostanjem i kvalitetom života općenito, a posebno kada govorimo o starijoj populaciji (Warner idr. 2012, 401). Međutim, prema nekim istraživanjima, bez obzira na zdravstveno stanje osoba, u starijoj se životnoj dobi nalazi se puno viši stupanj optimizma i zadovoljstva životom, kao i bolje psihološke dobrobiti nego kod mlađih odraslih osoba, što se naziva „paradoksom starije dobi“, a objašnjava se dobrom prilagodbom ili stabilnosti zadovoljstva životom kroz životni vijek (Dragomirecká idr. v Plavšić 2012a, 9).

2.5 Utjecaj socijalne sredine na starenje

Socijalna integracija i odnos s obitelji i lokalnom zajednicom navode se kao važni prediktori uspješnog starenja i zadovoljstva životom (Tomini idr. 2016, 1-2). Percepcija socijalne kohezije kod starije osobe izaziva osjećaj sigurnosti i socijalne povezanosti, što je od velike važnosti za kvalitetu starenja (Cagney idr. 2009 v Mejía idr. 2017, 281). Postojanje strukturalnih i funkcionalnih mjera socijalne podrške pridonosi dobrobiti pojedinca i na taj način omogućuje dobru kvalitetu života (Vuletić idr. 2011, 52-56). Ono što je većini definicija pojma socijalne podrške zajedničko jest da: „socijalna podrška podrazumijeva dostupnost resursa u socijalnoj okolini koji pojedincu pružaju podršku u svakodnevnom životu, te kriznim situacijama i time pridonose njegovoj dobrobiti“ (Dobrotić i Lakija 2012, 42). Socijalna podrška se može promatrati kao emocionalna, instrumentalna i financijska pomoć koju osoba dobiva iz svoje socijalne sredine (Şener 2011, 80).

Obitelj je prva u poretku pružanja podrške u svakodnevnom životu. Međutim, socijalna podrška u vidu prijatelja i društva je od velike važnosti za što aktivnije starenje (Haifeng idr. 2014, 1-2). Istraživanja pokazuju da starije osobe koje imaju obiteljsku podršku smatraju kvalitetu života boljom od osoba koje nemaju podršku članova svoje obitelji. Percipirana obiteljska podrška i percipirana prijateljska podrška u pozitivnoj korelaciji su sa zadovoljstvom životom (Kaur idr. 2015). Kao što je već ranije spomenuto, percepcija okoline je od velike važnosti za psihološku dobrobit starijih osoba (Park 2009, 463-464). Ponašanje starijih osoba najčešće je nametnuto od strane društva, koje na određeni način „prisiljava“ pojedinca na ponašanje u skladu s očekivanjima (Langer 2012, 63-66). Teorija aktiviteta (Lemon, Bengtson i Peterson 1972) objašnjava vezu između socijalnih aktivnosti i zadovoljstva životom u starosti. Teoretičari ovog pristupa smatraju da smanjenje socijalnih interakcija starijih osoba i na neki način izolacija, nisu potaknuti od starih, nego su rezultat utjecaja zajednice i vanjskih okolnosti (Schaie i Willis 2001, 297). Analize su pokazale da percipirana društvena isključenost u velikoj mjeri utječe na kvalitetu života, kao i zadovoljstvo životom u starijoj životnoj dobi (Eurofound 2014, 31-32). Autori Newsom i Schulz (1996) su u svojem istraživanju došli do zaključka da se kvaliteta života starije osobe s vremenom smanjuje, a da primarni uzrok nije pad fizičke sposobnost, već je posljedica pad fizičke sposobnosti. Smanjenje kvalitete života odnosi se na gubitak socijalnih kontakata i društvene podrške (Newsom i Schulz 1996 v Enkvist idr. 2011, 140).

Kao posljedica nedostatka socijalnih odnosa starije osobe, često se javlja usamljenost (Gierveld de Jong i Tesch-Romer 2012, 286). Lacković-Grgin (2008) u svojoj definiciji opisuje usamljenost bolno i negativno iskustvo, koje se javlja kao posljedica nedostatka u socijalnim odnosima osobe (Lacković-Grgin 2008 v Vuletić i Stapić 2013, 46). Istraživanje koje su u Hrvatskoj proveli Vuletić i Stapić (2013) na temu povezanosti između subjektivnog doživljaja usamljenosti i kvalitete života starijih osoba pokazuju kako su starije osobe koje imaju kvalitetan odnos sa svojom socijalnom mrežom zadovoljnije, aktivnije, te iskazuju visok stupanj zadovoljstva kvalitetom života (Vuletić i Stapić 2013, 54). Što je veća socijalna mreža, rizik od socijalne usamljenosti i depresije je manji, a kvaliteta života bolja (Heylen 2010, 1190), što potvrđuju i istraživanja. Rezultati studije autora Forsman i suradnika (2011) pokazali su da uključenost starijih osoba u društvene aktivnosti poboljšava njihovo mentalno zdravlje, zadovoljstvo životom, kao i kvalitetu života, a ujedno smanjuje mogućnost usamljenosti i pojavu depresije (Forsman idr. 2011, 185). Prepoznavanje kvaliteta koje posjeduju starije osobe, te uključivanje u zajednicu koristeći se njihovim znanjima, iskustvima i vještinama, koje ne nestaju umirovljenjem, dovodi do dobrobiti za zajednicu i društvo općenito. Modeli međugeneracijske solidarnosti su jedan od načina aktivnog uključivanja starije populacije u zajednicu (Barysheva i Kashchuk 2015, 67). Poticanje ovih modela kao i poticanje starijih osoba da što više sudjeluju u aktivnostima socijalne zajednice, dovodi do bolje socijalizacije, širenja socijalne mreže i prevencije socijalne isključenosti i usamljenosti starijih osoba (Vlada Republike Hrvatske 2007). Uključivanjem u socijalnu zajednicu kroz modele međugeneracijske solidarnosti omogućuje se razmjena informacija i iskustava između dvije generacije, kao i podizanje svijesti o doprinosu starijih osoba društvu, te korištenje znanja i potencijala koje posjeduju za dobrobit zajednice (Šabić 2014, 164-167).

2.6 Tjelesna aktivnost u starijoj životnoj dobi

Jedna od osnovnih funkcija ljudskog organizma je njegova tjelesna aktivnost, a ona obuhvaća kretanje u svakodnevnom životu, uključujući posao, rekreaciju i sportske aktivnosti. Većina osoba u starijoj dobi napušta bilo kakvu fizičku aktivnost, što dovodi do bržeg starenja, kako fizičkog, tako i duševnog (Žganec idr. 2008, 174 -175). O tome govore Cumming i Henry (1961) u Teoriji smanjene aktivnosti. Pretpostavka teorije jest da se gubitkom uloga, tj. smanjenjem društvenih obveza, smanjuju i veze s društvom, te da dolazi

do odvajanja na relaciji pojedinac - društvo, koje ne mora biti negativno doživljeno od strane pojedinca. Kao razlozi pada intenziteta aktivnosti uz gubitak uloga, navode se i biološki gubitci, kao što su bolest ili oštećenja vida i sluha (Lepan i Leutar 2012, 205).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) (2015) naglašava važnost bavljenja tjelesnom aktivnošću tijekom života, kao i dobiti koje donosi u starijoj životnoj dobi, kao što su poboljšavanje tjelesne i mentalne sposobnosti, smanjenje rizika za oboljenje (kardiovaskularna oboljenja, dijabetes, moždani udar), a ujedno i poboljšanje socijalnih odnosa (World Health Organization 2015a, 70). Tjelesna aktivnost je za osobe u starijoj dobi od velikog značaja i za održavanje funkcionalne neovisnosti, koja se navodi kao jedan od važnih parametara pri mjerenju.

Aktivnosti kojima se bave starije osobe dijele se u četiri kategorije:

- neformalne aktivnosti - uspostavljanje socijalnih veza s prijateljima, susjedima i rođacima;
- formalne aktivnosti - aktivnosti u raznim dobrovoljačkim grupama;
- solitarne aktivnosti - održavanje domaćinstva, odmaranje;
- intimne aktivnosti - više pridonose potkrepljenju i životnom zadovoljstvu, te ponovnom uspostavljanju važnih uloga s drugim osobama i samopercepciji (Lepan i Leutar 2012, 205).

Jedna od najpoznatijih teorija starenja je *Teorija nošenja i trošenja* Augusta Weismanna iz 1882. godine. Po ovoj teoriji tijelo se uspoređuje s odjećom koja se nošenjem troši, te je starenje neizbježno i razmjerno duljini života, pa prema njoj bi brže trebale stariti osobe koje su tijekom života bile aktivnije (Pečjak 2001, 43-45). Svjedoci smo da je u stvarnom životu upravo suprotno, jer aktivno provođenje vremena ima funkcionalni cilj održavanja psihičkog i fizičkog zdravlja, kao i podizanja razine kvalitete života.

Aktivnosti kojima se u istraživanim područjima, najčešće, bavi starija populacija su vezane uz poljoprivredne i manufakturne djelatnosti, što uz osjećaj korisnosti, produktivnosti i bolje zdravlje, osigurava bolju kvalitetu života i u financijskom smislu (Walsh idr. 2012).

Mogućnost kretanja, samostalnost i neovisnost osobi daje osjećaj zadovoljstva, a ujedno smanjuje institucionalizaciju (Gawande 2016). Mjerenje funkcionalne sposobnosti, tj. stupnja aktivnosti osoba starije životne dobi je vrlo važan segment u planiranju potreba zdravstvene i socijalne skrbi i što je najvažnije preventivnih mjera (Doenges idr. 2016, 13-23). Rezultati istraživanja autora Lepan i Leutar (2012), koje je provedeno u Hrvatskoj na temu važnosti aktivnosti kod starijih osoba, pokazuju da one osobe koje su nakon

umirovljenja nastavile aktivno funkcionirati izražavaju veće zadovoljstvo životom i svoje funkcionalne sposobnosti procjenjuju boljima (Lepan i Leutar 2012, 219). U istraživanjima koja su rađena u svrhu uvida u promjene u fizičkoj aktivnosti tijekom i nakon umirovljenja vidljivo je da tranzicijsko razdoblje umirovljenja povezano s privremenim povećanjem aktivnosti. Međutim, ono što se ističe kao važno jest održavanje aktivnosti što je duže moguće s ciljem osiguravanja što kvalitetnijeg starenja (Stenholm idr. 2016, 7). Tjelesnu aktivnost u smislu redovitog vježbanja Taylor navodi kao ključni čimbenik za poboljšanje zdravlja starijih osoba (Taylor 2013, 26). Pozitivan utjecaj na poboljšanje i održavanje funkcionalnih sposobnosti, a s tim i mogućnost što duljeg samostalnog života u velikoj mjeri može smanjiti institucionalizaciju i omogućiti što duži boravak u vlastitom domu (Riemann i Kleespies 2009). Aktivan život u starijoj dobi održava i potiče društvenu interakciju u smislu nastavka sudjelovanja u svim aspektima društvenog života, što dovodi do većeg samopoštovanja i zadovoljstva životom (Bara i Podgorelec 2015, 67).

2.7 Umirovljenje i slobodno vrijeme

Odlazak u mirovinu je jedna vrsta životne prekretnice. To je vrijeme tranzicije i pronalaska novog identiteta (Wang idr. 2014). Čin umirovljenja se na ljestvici za procjenu socijalne prilagodbe, od 21 navedenog stresnog događaja, nalazi na devetom mjestu i označava s 45 bodova, što upućuje na veću razinu stresa (Hudek-Knežević i Kardum 2006). U psihološkom segmentu umirovljenja važnu ulogu ima način odlaska u mirovinu, vrsta posla koju je osoba obavljala i doživljaj samog čina umirovljenja (Bonsang i Klein 2012, 3-4). Gubitkom radne uloge dolazi do promjena motivacije za većinu aktivnosti, što može rezultirati pozitivnim, ali i negativnim ishodom (Borchard i Donohoe 2008). Prisilna i prijevremena umirovljenja izazivaju negativne psihološke efekte, kao i slabiju prilagodbu, te postoje značajne razlike između dragovoljno umirovljenih osoba i onih koje su prisilno umirovljene (Mason 2013, 7-9). Svaka osoba se na različite načine suočava s procesom umirovljenja i na različit način prolazi kroz sedam faza Atchleyevog modela (Penezić idr. 2007, 64-65). Dobra prilagodba na promjene koje nastaju umirovljenjem je jedan od prediktora kvalitete života starijih osoba (Galić idr. 2013, 66-70). Ženama umirovljenje, obično, predstavlja manji stres nego muškarcima i lakše se prilagođavaju, posebno u tradicionalnim kulturama, jer im se otvara puno više vremena za poslove koje su i dotad svakodnevno obavljale, kao što su briga o kućanstvu i obitelji (Podgorelec i Bara 2014, 397). Umirovljenje oba supružnika u približno isto vrijeme je jedan od faktora koji može smanjiti stres i poboljšati kvalitetu slobodnog

vremena u smislu zajedničkog korištenja istog (Bonke 2015, 105). Migracije umirovljenika su česta pojava, najčešće s ciljem traženja i stvaranja zadovoljavajućih uvjeta za život, koji bi omogućili uživanje u razdoblju nakon umirovljenja i postizanje maksimalne kvalitete života (Casado-Díaz idr. 2014, 126). Preseljenje u novu sredinu otvara nove mogućnosti i stvara novi identitet (Oliver 2012, 9).

Istraživanja koja su provedena u svrhu povezanosti odlaska u mirovinu i psihološke dobrobiti, govore o tome da one osobe koje doživljavaju mirovinu kao olakšanje i rasterećenje imaju i psihološke dobrobiti, za razliku od osoba koje umirovljenje doživljavaju kao gubitak uloga, te da osobnost ima utjecaj na sam doživljaj (Kesavayuth idr. 2016, 733-734). Dobra psihološka priprema olakšava razdoblje nakon umirovljenja, a sam čin umirovljenja ne predstavlja preveliki stres, posebno za osobe koje svojim aktivnim funkcioniranjem, nastavljaju privređivati i stvarati uz potporu zajednice (Štambuk idr. 2013, 572).

„Starost je prilika da zadovoljno završimo život, naročito ako smo se na život u mirovini psihološki pripremili“ (Krizmanić 2014, 77). Neki autori smatraju da se visoka razina stresa može u velikoj mjeri smanjiti i olakšati tranziciju od radne uloge do konačnog umirovljenja, na način da se postupno smanjuje radno vrijeme i radne aktivnosti (Line 2004, 399-400). Priprema za život nakon umirovljenja u smislu planiranja financija, socijalnih aktivnosti, kvalitetnog ispunjavanja slobodnog vremena, kao i osiguravanje dobrih uvjeta života, u velikoj bi mjeri olakšalo ovo životno razdoblje (Pandya 2016, 442).

Slobodno vrijeme gledamo kao društvenu pojavu, koja je obilježila gotovo sve segmente društvenoga života (Vidulin-Orbanić 2008, 19). Teoretičari slobodno vrijeme definiraju na različite načine. Francuski sociolog i teoretičar slobodnog vremena Dumazedier definira ga kao vrijeme: “izvan radnih obveza, obiteljskih dužnosti i fizioloških potreba koje pojedincu ostaje za njegovo slobodno i samostalno odlučivanje i opredjeljivanje čime će se baviti” (Valjan-Vukić 2013, 62). Slobodno vrijeme koje se javlja u razdoblju nakon umirovljenja svaka osoba doživljava na individualan način (Mason 2013, 11-12). Negativan način doživljavanja vodi u još veću neaktivnost i narušavanje općeg stanja, a ujedno i perspektive uspješnog starenja, dok pozitivan stav otvara niz novih mogućnosti (Štambuk idr. 2013, 568). Autori Breheny i Stephens (2017) proveli su istraživanje u urbanim i ruralnim područjima na Novom Zelandu, koje je obuhvaćalo 153 starije osobe u dobi od 63 do 93 godine koje samostalno žive. Identificirali su dvije podjele slobodnog vremena nakon umirovljenja: slobodno vrijeme u smislu provođenja aktivnosti s ciljem održavanja zdravlja i aktivnog starenja, što nazivaju produktivnim slobodnim vremenom i vrijeme postizanja

zadovoljstva i provođenja onih aktivnosti za koje tijekom radnog vijeka nije bilo vremena, što klasificiraju kao osobno slobodno vrijeme (Breheny i Stephens 2017, 44-49).

Poticanje starijih osoba na aktivno iskorištavanje slobodnog vremena na jedan ili na drugi način u smislu fizičke ili intelektualne aktivnosti, nakon umirovljenja važno je za aktivno i kvalitetno starenje (Mason 2013, 9-16).

Iz istraživanja koje su proveli Štambuk i suradnici u svrhu uvida načina doživljavanja i provođenja slobodnog vremena nakon umirovljenja, te zadovoljstva umirovljenika, vidljivo je da je dobra priprema za razdoblje umirovljenja, kao i veća svijest o mirovini, podloga za razvijanje osobnih potencijala kroz slobodno vrijeme (Štambuk idr. 2013, 574). Kako navode Ovsenik i Vidić (2013), starenjem se mijenja i percepcija slobodnog vremena (Ovsenik i Vidić 2013, 58). Međutim, veliki utjecaj na percepciju ima način života prije umirovljenja, kao i navike koje je osoba njegovala, te će se uključivati u aktivnosti u koje su bili uključeni i u mlađoj dobi, što potvrđuje *Teoriju kontinuiteta* po Atchley (1999) da: "...pojedinci imaju tendenciju starjeti na načine koji su konzistentni s obrascima osjećaja i ponašanja tijekom ranijih razdoblja života i žele zadržati postojeće obrasce unatoč izraženim promjenama u osobnom okruženju" (Atchley 1999 v Bara i Podgorelec 2015, 64).

Povećanje slobodnog vremena nakon umirovljenja otvara niz novih mogućnosti, kojima starije osobe mogu korisno ispuniti vrijeme i obogatiti svoj život (Lahti idr. 2011, 7). Ono što je važno za ovo životno razdoblje je kvaliteta slobodnih aktivnosti u smislu održavanja fizičke i mentalne kondicije, širenja socijalne mreže, kao i održavanja samopoštovanja, što pozitivno utječe na kvalitetu života (Štambuk idr. 2013, 572-573).

Ranija prilagodba novonastaloj situaciji i aktivno provođenje slobodnog vremena, koje će zamijeniti dotadašnje radne obveze, u velikoj mjeri će olakšati razdoblje nakon umirovljenja. Aktivno provođenje vremena, kao što su volontiranje, kulturne aktivnosti, sportovi i ostale aktivnosti koje zahtijevaju izlazak iz kuće, omogućavaju socijalnu integraciju starijih osoba, dok ih gledanje televizije, slušanje radija u velikoj mjeri socijalno izolira, što vrlo često dovodi i do narušavanja zdravlja, kako mentalnog, tako i fizičkog, a to potvrđuju i istraživanja (Toepoel 2013, 355-357). Druženje, razgovor i interakcija s članovima obitelji i prijateljima imaju veliki utjecaj na subjektivno blagostanje o čemu nam govore rezultati istraživanja autora Minhat i suradnika (2013) provedenog među starijim osobama u Maleziji. Istraživanje je pokazalo da ispitanici najviše koriste novonastalo slobodno vrijeme upravo na ove aktivnosti, uz zadovoljstvo dobrobitima koje im donose (Minhat idr. 2013, 55).

2.8 Izazovi starenja u ruralnim i otočnim sredinama

U ukupnom broju stanovništva u Hrvatskoj puno je veći postotak stanovništva starijeg od 65 godina koje živi u značajno ruralnim i pretežito ruralnim regijama u usporedbi s urbanim područjima (MPRRR 2008, 12-14). Od početka 20. stoljeća, u ovim područjima započinje proces snažne depopulacije, tako da su danas otočna ruralna područja, kao i brdsko-planinski krajevi, najslabije naseljena područja (Nejašmić 2013, 142). Što se tiče dobne strukture otočnog stanovništva, u odnosu prema strukturi stanovništva Republike Hrvatske, prema službenom popisu stanovnika Državnog zavoda za statistiku (2011), na otocima prevladava nešto starije stanovništvo, tj. 4,43 % više stanovnika starije dobi od tog istog udjela na nivou Republike Hrvatske (Ministarstvo regionalnog razvoja i fondova europske unije 2018, 7). Razlozi koji u najvećoj mjeri utječe na depopulaciju ruralnih i otočnih sredina su od egzistencijalne važnosti.

Prednosti života u ruralnim i otočnim sredinama odnose se na miran život, prirodne ljepote, puno više mogućnosti za kvalitetno i aktivno korištenje slobodnog vremena uz razvijenu mrežu poznanstava tj. bolje povezanost ljudi, što dovodi do bolje socijalne podrške (Babić idr. 2004, 262-263), što je značajno za kvalitetan život u starijoj dobi. Međutim, uz navedene prednosti, život u ovim područjima nosi i niz nedostataka, posebno na manjim otocima. Posljednjih nekoliko desetljeća razvoj novih tehnologija i infrastrukture (komunalne usluge, promet, telekomunikacije) smanjio je efekt ograničenosti i izoliranosti, čemu u velikoj mjeri pridonosi i poboljšanje veza između otoka i kopna, što omogućuje dostupnost usluga s kopna (obrazovne i radne mogućnosti, zdravstvena zaštita i sl.) (Podgorelec idr. 2015, 91-92).

Starije osobe su u sustavu socijalne skrbi prepoznate kao posebno osjetljiva kategorija korisnika (Zakon o socijalnoj skrbi, 21. čl.). Ubrajaju se u ranjivu skupinu u ukupnoj populaciji, s naglaskom na starije osobe slabijeg socioekonomskog statusa i narušenog zdravlja koje žive same u kućanstvu, u područjima s visokim udjelom starijih osoba u ukupnom stanovništvu (Dubrovačko-neretvanska županija 2014, 52-53), što je slučaj u ruralnim sredinama i otočnim sredinama. Rizik od siromaštva raste razmjerno dobi stanovništva, a najveći postotak je među kućanstvima osoba starijih od 65 godina (do 26.5 %) (Dubrovačko-neretvanska županija 2013, 28-31). Umirovljenici u ruralnim područjima su podložniji siromaštvu od umirovljenika u urbanim sredinama. Međutim, uslijed nedostatka mlađe populacije, starije stanovništvo u ruralnim i otočnim područjima duže

ostaje aktivno i bavi se aktivnostima vezanima uz poljoprivredu, ribanje, proizvodnju vlastite hrane i turizam, što donosi niz dobrobiti u smislu održavanja aktivnosti, bogato ispunjenog „viška“ vremena, a u konačnici i financijske dobiti (Babić idr. 2004b, 147-152). Jedan od problema življenja u ovim područjima predstavlja i promjena strukture obitelji, što dovodi do smanjenja članova obitelji koji mogu skrbiti za starije osobe. Udaljenost od većih središta, izoliranost i nedovoljna pokrivenost područja javno zdravstvenim sustavom i službama socijalne skrbi otežavaju život u ovim područjima i u velikoj mjeri utječu na kvalitetu života (Elizalde-San Miguel i Díaz-Gandasegui 2016, 216). Jednak problem je i u ruralnim kopnenim područjima. Zbog slabije mogućnosti dobivanja usluga skrbi nego u urbanim središtima, kao i nemogućnosti samozbrinjavanja i samostalnog funkcioniranja, a da bi se osiguralo starenje u vlastitom domu, kao što preporučuje Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), nužna je reorganizacija skrbi o starijim osobama uz osiguravanje adekvatne skrbi i zaštite zdravlja (World Health Organization 2012). Naglasak se stavlja na poticanje starijih i nemoćnih osoba da žive neovisno/samostalno u vlastitim domovima, za što je država dužna osigurati dodatnu zaštitu njihovih prava na svim razinama (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 22). U područjima gdje postoje oblici višegeneracijske obitelji problem skrbi se rješava uz razne oblike podrške od strane obitelji i susjeda, kao što je primjer dobre prakse u ruralnom području Španjolske, u pokrajini Navarre (Elizalde-SanMiguel i Díaz-Gandasegui 2016). Ovakav način podrške je aktualan u zemljama gdje se još uvijek održava tradicionalna obitelj, kao što su zemlje južne Europe, za razliku od sjeverne Europe, gdje imamo pojavnost defamilizacije i gdje brigu i skrb o starijim osobama preuzima javni sektor (Puljiz 2016, 93).

Uslijed promjene strukture obitelji i sve manjeg broja djece i članova obitelji u ovim područjima, smanjuje se krug glavnih pružatelja neformalne skrbi starijim osobama (Isengard i Szydlík 2012). Isti autori ovakav način skrbi starijih osoba u ruralnim područjima smatraju: »rezultatom tradicije i reakcija na nepovoljne okolnosti«, što u konačnici i jest (Isengard i Szydlík 2012, 457). Istraživanja koja su rađena na ovu temu u ruralnim područjima Španjolske pokazuju da su 84 % pružatelja neformalne skrbi žene (Crespo i López 2008 v Elizalde-San Miguel i Díaz-Gandasegui 2016, 216).

S obzirom na veliki broj samačkih kućanstava u ovim područjima, kao posljedica nedostatka u socijalnim odnosima starije osobe, javlja se usamljenost koja vodi prema izoliranosti, što je vrlo česta pojava među osobama starije životne dobi (Unsar 2016, 250). Melchiorre i suradnici (2013) zaključuju kako postojanje visoke razine socijalne podrške predstavlja

ključni čimbenik u smanjenju izoliranosti starijih osoba (Melchiorre idr. 2013, 4). Usamljenost se navodi kao čimbenik koji narušava dobrobit starijih osoba i negativno utječe na zdravlje (Babić idr. 2004a, 273; Böger i Huxhold 2018, 482).

Osim usamljenosti kao još jedan parametar koji narušava kvalitetu života navodi se ograničenost u stupnju prometne povezanosti s većim središtima u smislu načina i učestalosti, posebno na otocima, zbog čega se starije stanovništvo dovodi u izolaciju zbog nedostatka socijalnih odnosa (Klempić-Bogadi i Podgorelec 2011, 201).

Marinković (2018) navodi da: “Prometno povezivanje omogućuje funkcionalnu i fizičku integriranost otočnog prostora s kopnom, stvarajući uvjete nužne za poboljšanje kvalitete življenja na otocima, kao jednim od osnovnih načela otočne te regionalne razvojne politike Republike Hrvatske.” (Marinković 2018, 177). Neometana dnevna cirkulacija je jedan od važnih uvjeta za zadržavanje populacije na ovim područjima i postizanje dobre kvalitete života. Autori Podgorelec i Klempić Bogadi (2013) upravo loše i rijetke prometne veze otoka s kopnenim središtima navode kao jedan od primarnih razloga iseljavanja stanovništva s otoka. Razlozi su i dnevna cirkulacija otočana radi posla i školovanja na kopnu, ali i zadovoljavanja potreba otočnog stanovništva funkcijama koje nisu dostupne na otocima (Podgorelec i Klempić-Bogadi 2013 v Marinković 2018, 178). Dodatni problem koji onemogućuje svakodnevnu cirkulaciju stanovništva su i vremenski uvjeti na moru koji onemogućuju prometovanje (Marinković 2018, 196). Babić i suradnici (2004) opisuju otok kao “mikrosocijalni ambijent u kojem čovjek ne može imati sve što mu je nužno za egzistenciju”, posebno ističući problem izoliranosti od kopna, što potvrđuje istraživanje autora, gdje kao veliki problem života na otoku starije osobe navode odlazak mladih s otoka, izoliranost od kopna, kao i usamljenost. (Babić idr. 2004a, 256).

“Živjeti na otoku znači živjeti s osjećajem ovisnosti i nesigurnosti” (Babić idr. 2004a, 256), jer starija populacija ima veće potrebe za različitim oblicima pomoći, što u nedostatku istih izaziva nesigurnost i narušava kvalitetu života.

2.9 Dosadašnja istraživanja na ovom području

Za istraživanja u području su pregledane baze podataka, kao i stručna literatura, koje objašnjavaju istraživano područje u svim segmentima. Prilikom pretraživanja koristile su se ključne riječi: kvaliteta života, starije osobe, fizička aktivnost, zadovoljstvo životom, slobodno vrijeme, socijalna podrška, aktivno starenje, otočna i ruralna sredina. Tijekom

pretraživanja pronađen je veći broj znanstvenih radova na temu aktivnog starenja, te radova koji su istraživali zasebno domene koje se navode kao ključni faktori za kvalitetu života starijih ljudi. Konkretno na temu usporedbe kvalitete života starije populacije u otočnoj i ruralnoj sredini pronađeno je malo podataka, po čemu možemo zaključiti da ovaj segment još uvijek nije dovoljno istražen, posebno s osvrtom na Dubrovačko-neretvansko područje. Jedno od većih istraživanja na temu kvalitete života starijih ljudi proveli su autori Zahava i Bowling (2004) u Velikoj Britaniji na uzorku od 999 osoba starijih od 65 godina koje žive u vlastitim domovima. Istraživanje je pokazalo da su domene kvalitete života međusobno povezane i imaju utjecaj jedna na drugu. Kao pokazatelje dobre kvalitete života ispitanici navode dobre socijalne odnose, pomoć i podršku od strane obitelji, susjeda i šire zajednice, kao i zadovoljstvo životom u vlastitom domu. Pristup lokalnim sadržajima i uslugama navode kao važan segment, dok im aktivno iskorištavanje slobodnog vremena, bavljenje hobijima i sudjelovanje u društvenim aktivnostima pridonose zadržavanju uloge u društvu (Zahava i Bowling 2004, 688-689). Dobra prilagodba na promjene koje nastupaju starenjem dovela je do pozitivnog psihološkog pogleda, a kao važne parametre kvalitete života navode zadržavanje neovisnosti i kontrole nad vlastitim životom, kao i zadovoljavajuću financijsku situaciju. S obzirom da je studija rađena među starijim osobama koje žive u vlastitom kućanstvu, ne može nam dati pravu sliku kvalitete života starijih osoba u cjelini, jer se percepcija kvalitete života u velikoj mjeri razlikuje kod starijih osoba koje se nalaze u domovima za stare i nemoćne, kao i kod starijih bolesnih osoba.

Jedna od većih i značajnijih studija o važnosti održavanja zdravlja, tj. aktivnosti u starijoj životnoj dobi i njegovog utjecaja na kvalitetu života provedena je u Americi od strane *National Institute on Aging* i *National Institutes of Health* (2007), pod nazivom „Growing Older in America“. Studija je rađena u svrhu dobivanja informacija o tome na koji način promjene koje nastupaju starenjem utječu na socijalni, ekonomski i psihološki aspekt te zdravlje pojedinca nakon umirovljenja. Ustanovljena je kompleksna veza između zdravstvenog stanja, posla i ekonomskog statusa starijih Amerikanaca, nakon čega se postavljaju temelji za daljnje praćenje i utvrđivanje potreba ciljane populacije, s ciljem provođenja potrebnih promjena u svim segmentima, da bi se omogućila bolja prilagodba i veća kvaliteta života (National Institute on Aging i National Institutes of Health 2007).

Da su životni uvjeti povezani s razinom dobrobiti u starijoj dobi, potvrđuje i istraživanje Ponce i suradnika (2011) koje je provedeno u latinoameričkoj regiji. Uz zadovoljavajuće životne uvjete, studija dokazuje važnost tjelesne aktivnosti, kao i slobodnih aktivnosti izvan doma, što se povezuje s percepcijom zadovoljstva. Međutim, za razliku od ostalih

istraživanja, zanimljiv podatak je da je ovo istraživanje potvrdilo da socijalna podrška nema izravan utjecaj na zadovoljstvo životom ove populacije. Jednako tako, rezultati su pokazali da osobe starije dobne skupine izražavaju veće životno zadovoljstvo od osoba u „mlađoj“ starijoj skupini (od 60 do 74 godine), što autori tumače pronalaženjem kompenzacijskih uloga i aktivnosti (Ponce idr. 2011, 136).

Zadovoljstvo životom među starijom populacijom se smatra dobrom prilagodbom na starenje, dok istraživanja pokazuju da su osim dobre prilagodbe, dobra funkcionalna sposobnost, sudjelovanje u fizičkim aktivnostima i aktivna uključenost u društvenu sredinu, kao i osjećaj sigurnosti i socijalne podrške statistički značajni prediktori životnog zadovoljstva starijih osoba (da Silva idr. 2012; Berkoz i Yirmibesoglu 2013; Aydiner Boylu i Gunay 2017).

Iz rezultata istraživanja koje su proveli Li i suradnici (2014) na Tajvanu na 903 ispitanika starija od 65 godina vidljivo je da je uspješno starenje u korelaciji s dobi, statusom, zdravstvenim stanjem i psihosocijalnom podrškom (Li idr. 2014). Chen i suradnici (2014) proveli su istraživanje u kontinentalnoj Kini na uzorku od 521 starije osobe koje žive same. Kao ključni faktori za veću razinu kvalitete života pokazali su se: zadovoljavajući uvjeti stanovanja, dobro zdravstveno stanje, viša funkcionalna sposobnost, manja pojavnost depresije, financijska stabilnost, veća socijalna podrška, manja pojavnost usamljenosti i zadovoljavajuće zdravstvene usluge (Chen 2014, 1600-1601).

O kvaliteti života starijih osoba u ruralnom području provedeno je istraživanje na području Šri Lanke od strane autora Rathnayake i Siop (2015). Ispitanici navode zdravlje i financije kao parametre koji najviše utječu na postizanje dobre kvalitete života uz postojanje dobrih socijalnih odnosa ističući religiju kao važan aspekt (Rathnayake i Siop 2015, 141-142).

Na temu percepcije i provođenja slobodnog vremena provedeno je veće istraživanje u Europi (Nimrod i Shrira 2016) na uzorku od 7.875 umirovljenika starijih od 60 godina koje je pokazalo da aktivno provođenje slobodnog vremena nakon umirovljenja ima značajan utjecaj na fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu dobrobit starijih osoba, te da oni umirovljenici koji aktivno provode slobodno vrijeme, imaju i bolju kvalitetu života (Nimrod i Shrira 2016, 109-110).

Rezultati istraživanja koje je provedeno u ruralnom području Kine, autora Pan (2018), pokazali su da su povjerenje i podrška obitelji značajno pozitivno povezani sa zadovoljstvom životom, za razliku od socijalnog članstva, tj. uključenosti u društva, udruge i učestalosti društvene aktivnosti (Pan 2018, 75).

U Hrvatskoj je dostupan veći broj znanstvenih radova s istraživanjima na temu starenja stanovništva u državi, zdravog i produktivnog starenja, kao i važnosti tjelesne aktivnosti u starijoj dobi, te radova koji su istraživali zasebno domene koje se navode kao ključni faktori za kvalitetu života starijih ljudi (Leutar idr. 2007; Lovreković i Leutar 2010; Despot-Lučanin 2008; Bara i Podgorelec 2015; Puljiz 2016).

Jedno od većih istraživanja o kvaliteti starenja proveli su Petrak i suradnici (2006) na uzorku od 1262 starije osobe iz četiri područja Hrvatske koji žive u vlastitom domu. Najveće razlike su se pokazale u dostupnosti usluga skrbi i u socijalnoj podršci, što nam opet govori o potrebi organiziranja na lokalnoj razini vodeći računa o specifičnostima pojedinih područja i potreba starijih osoba (Petrak idr. 2006, 37).

Autori Leutar, Štambuk i Rusac (2007) proveli su istraživanje na području cijele Hrvatske o povezanosti socijalne sredine i kvalitete života starijih osoba na uzorku od 480 osoba od kojih je 150 bilo starije od 65 godina, ali s invaliditetom. Aspekti kvalitete života koji su ispitivani odnosili su se na: socioekonomska obilježja, snalaženje u svakodnevici i mobilnost, formalne i neformalne oblike socijalne podrške te subjektivne izvore snage. Veći broj ispitanika naveo je izvore formalne podrške nezadovoljavajućim, a kao posljedicu lošu kvalitetu života (Leutar idr. 2007, 327).

Rezultati istraživanja koje su proveli Ambrosi-Randić i Plavšić (2008) u Istarskoj županiji pokazuju važnost podrške od strane obitelji i psihološke dobrobiti kao važnih prediktora u procjeni kvalitete života. Na temu važnosti tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi Lepan i Leutar (2012) su provele istraživanje u Zagrebu na uzorku od 342 starije osobe od kojih su se 192 osobe bavile rekreativnim tjelesnim aktivnostima, a 150 osoba nije bilo uključeno u rekreativne aktivnosti. Cilj istraživanja bio je utvrditi postoje li razlike u načinu života osoba starije dobi i razlike u funkcionalnim sposobnostima starijih osoba koje se redovito bave rekreativnim tjelesnim aktivnostima i onih koji to ne čine. Rezultati su pokazali da postoje razlike u osobnoj procjeni zadovoljstva životom i funkcionalnim sposobnostima među ispitanicima. Ispitanici koji su bili tjelesno aktivni izražavali su veće zadovoljstvo životom te bolje funkcionalne sposobnosti, što potvrđuje važnost i korisnost tjelesne aktivnosti starijih osoba (Lepan i Leutar 2012, 219).

Autori Vuletić i Stapić (2013), proveli su istraživanje koje je uključivalo 119 osoba iz Osječko-baranjske županije u dobi od 65 do 89 godina u svrhu utvrđivanja povezanosti subjektivnog doživljaja usamljenosti i kvalitete života starijih osoba, te postojanje razlika u subjektivnom doživljaju usamljenosti starijih osoba s obzirom na obiteljske strukture u kojoj

žive. Rezultati su pokazali negativan utjecaj osamljenosti, tj. isključivanja iz socijalne sredine na kvalitetu života (Vuletić i Stapić 2013, 56).

Prilagodba na umirovljenje, kao što je već spomenuto, nije jednostavan proces. Rezultati istraživanja autora Štambuk, Rusac i Sučić (2013) pokazali su statistički značajne razlike u načinima provođenja slobodnog vremena, ovisno o načinu prilagodbe na umirovljenje i financijsko stanje. Kao zaključak ističe s faktor pripreme i što bolje prilagodbe ovom životnom razdoblju, kao i potreba što aktivnijeg provođenja slobodnog vremena što rezultira većim zadovoljstvom i boljom kvalitetom života (Štambuk idr. 2013, 574).

U istraživačkom projektu „Europsko istraživanje o kvaliteti života“ koje je proveo Eurofound (2014) pod nazivom „Trendovi u kvaliteti života – Hrvatska: 2001-2012“ pratili su se ključni aspekti kvalitete života, te su se procjenjivali u okviru međunarodne perspektive (zemlje EU). Obuhvaćena su istraživanja koja su provedena od 2007. Do 2012. godine (dva kruga EQLS-a). Ciljana populacija ispitanika bili su stanovnici starosti od 18 godina i više, od 1000 u manjim zemljama do 3000 u zemljama s većim brojem stanovnika. Uspoređivale su se promjene i trendovi u Hrvatskoj u spomenutom razdoblju s onima iz ostatka EU-a s fokusom na ključne aspekte kvalitete života: životni standard, stanovanje, zaposlenost, usklađenost poslovnog i privatnog života, zdravlje i zdravstvena zaštita te kvaliteta javnih institucija, kao i percepcija građana o društvenim odnosima, socijalnoj uključenosti, tj. isključenosti, zadovoljstvu životom i sreći, percepcija općeg zdravlja s obzirom na područje stanovanja (urbana-ruralna sredina), kao i indeks mentalnog blagostanja prema mjestu stanovanja. Analize su pokazale da su važni prediktori zadovoljstva životom bili zadovoljstvo životnim standardom, mentalno blagostanje i percipirana društvena isključenost ili uključenost (Eurofound 2014, 52). Kao važan aspekt kvalitete života navodi se pristupačnost javnozdravstvenih usluga, što i jest veliki problem u područjima koja su u nekoj vrsti „izolacije“.

Na temu kvalitete života starijih osoba u ruralnim područjima u Hrvatskoj pronađeno je nekoliko istraživanja koja su se bavila socijalno demografskim promjenama, kao i migracijama stanovništva, koje su posljedica loše kvalitete života (Puljiz 1991; Žutinić idr. 2010; Žutinić i Bokan 2013; Nejašmić i Toskić 2016).

Na temu povezanosti tjelesne aktivnosti i kvalitete života starijih osoba u Zagrebu je provedeno istraživanje koje je obuhvatilo 100 ispitanika u dobi od 70 do 90 godina. Rezultati ovog istraživanja pokazali su značajnu pozitivnu korelaciju učestalosti bavljenja tjelesnom aktivnosti i kvalitete života u domeni zdravlja (Pijevač idr. 2019, 167). Dio ispitanika koji

su redovno tjelesno aktivni procijenili su svoje zdravlje boljim od skupine ispitanika koji su nisu tjelesno aktivni, što govori o dobrobitima svakodnevne aktivnosti.

O kvaliteti života starijeg stanovništva na hrvatskim otocima provedena su tri istraživanja u razdoblju od 2003. - 2013. godine u sklopu projekta „Utjecaj migracija na regionalni razvoj Hrvatske“ Instituta za migracije i narodnosti. Istraživanje koje je provela Podgorelec (2008) na otocima Cres, Lošinj, Krk, Drvenik veli, Silbi, Ugljanu, Dugom otoku i Ižu, pokazalo je da je više od polovice ispitanika zadovoljno i jako zadovoljno kvalitetom života na otoku, te da smatraju da imaju bolju kvalitetu života nego njihovi vršnjaci na kopnu ističući prednosti života na otoku i materijalnu sigurnost (ribolov i poljoprivreda). Lošija zdravstvena skrb, slaba povezanost, kako otoka s kopnom, tako i unutar samog otoka i osamljenost, ističu se kao faktori koji narušavaju kvalitetu života ispitanika.

Autorice Klempić-Bogadi i Podgorelec (2011) provele su istraživanje na šibenskom otoku Zlarinu s ciljem istraživanja temeljnih sociogeografskih procesa i najvažnijih promjena u načinu života zajednica malih hrvatskih otoka od 1970-ih godina. Prezentiran je dio rezultata istraživanja kvalitete života stanovništva Zlarina. Od ukupnog broja ispitanika, njih 91 % posjeduje osjećaj sigurnosti života na otoku, podršku u zajednici, te specifičan osjećaj pripadanja koji se temelji na osobnim odnosima, obiteljskim, odnosno rodbinskim, kao i dobar ekonomski aspekt (poljoprivreda, ribarstvo), koji uz dobru socijalnu mrežu utječe na kvalitetu života. Kao parametar koji u velikoj mjeri narušava kvalitetu života ističe se ograničenost u stupnju prometne povezanosti, pogotovo način i učestalost (Klempić-Bogadi i Podgorelec 2011, 201), a što ističu i drugi autori (Babić idr. 2004a; Marinković 2018).

U istraživanju Babića i suradnika (2004), provedenom na trima zadarskim otocima o prednostima i manama života na otoku, anketirani su u jednoj skupini mladi otočani, a u drugoj stariji od 60 godina. Kao prednosti života na otoku mlado stanovništvo navodi mir, tišinu, prirodne ljepote, socijalnu podršku, dok kao nedostatak navode nedostatak kulturno-zabavnog života, odvojenost od kopna, lošiju prometna povezanost, kao i skupoću. Starije osobe kao prednost navode mogućnost provođenja većeg dijela vremena izvan kuće (rad u vrtu, ribolov i sl.), dok kao problem navode odlazak mladih s otoka, izoliranost od kopna, kao i usamljenost (Babić idr. 2004a, 262-271).

Na temu zadovoljstva životom i kvalitete života starijeg stanovništva na malim otocima, Podgorelec i suradnici (2015) proveli su istraživanje na tri otoka u Šibenskom arhipelagu (Zlarin, Kaprije i Žirje). Rezultati su pokazali da zadovoljstvo životom i procjena kvalitete nije izravno povezana s veličinom otoka, već s ograničenjima koja se odnose na prirodne i ekonomske resurse, prometne veze s kopnom i drugim otocima (učestalost prometnih veza),

migracije stanovništva. Nadalje, rezultati su pokazali značajnu povezanost zadovoljstva životom s materijalnim i socijalnim statusom, strukturom društvene mreže koja pruža osjećaj sigurnosti, kao i osobnim zdravljem (Podgorelec idr. 2015, 106). Slične rezultate potvrđuju i u ranija istraživanja (Babić idr. 2004a; Podgorelec 2008; Klempić-Bogadi i Podgorelec 2014).

Iz svih navedenih istraživanja vidljivo je da postoji razlika u prezentaciji kvalitete života starijih osoba ovisno o veličini zajednice u kojoj žive, socijalnoj podršci, zdravlju, stupnju uključenosti u društveni život i aktivnosti, a čimbenici koji je najčešće narušavaju odnose se na stupanj izoliranosti, pristup lokalnim sadržajima i uslugama, kao i slabu neformalnu podršku. S obzirom na različitosti i specifičnosti područja u kojem se nalaze starije osobe, potrebno je ciljano djelovati, prvenstveno na razinama lokalnih uprava, u smjeru rješavanja specifičnosti koje otežavaju postizanje maksimalne kvalitete života starijih osoba.

3 ISTRAŽIVAČKI DIO

3.1 Svrha i ciljevi doktorske disertacije

Potrebe starijih ljudi razlikuju se od jedne lokalne zajednice do druge, a te razlike temelj su posebnosti u pristupu starijim ljudima u pojedinim lokalnim zajednicama.

Svrha ovog istraživanja je utvrditi kakvu kvalitetu života imaju starije osobe u ruralnim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije, kao i razinu njihovog zadovoljstva životom u sredini u kojoj borave.

Glavni **cilj** istraživanja je utvrditi postoje li razlike u pokazateljima kvalitete života (glavnim zavisnim varijablama istraživanja) starijih osoba u ruralnim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije, kao i utvrditi razinu njihovog zadovoljstva životom, postojanje socijalne podrške, tjelesne aktivnosti (u kontekstu različitih načina provođenja slobodnog vremena), te relevantne sociodemografske karakteristike (koje su potencijalno povezane s glavnim varijablama istraživanja). Istraživanje nam je dalo uvid u kvalitetu života ove populacije s obzirom na razinu dostupnosti resursa, uključenosti različitih pružatelja usluga (javnih, privatnih, udruga), geografske pokrivenosti usluga i korisnika, po ruralnim kopnenim područjima i otočnom području, što bi omogućilo racionalnije planiranje javnozdravstvene politike i socijalne politike, s ciljem očuvanja zdravlja i podizanja kvalitete života starijih osoba.

3.2 Istraživačke hipoteze i istraživačka pitanja

Na temelju do sada poznatih rezultata istraživanja i na temelju teorijskih polazišta, moguće je postaviti nekoliko hipoteza za postavljene (pod)ciljeve istraživanja.

H 1. Postoje statistički značajne razlike u kvaliteti života ispitanika otok / kopno, kao i njihovom zadovoljstvu životom, postojanju socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti (kao i načinima provođenja slobodnog vremena) (glavnim zavisnim varijablama istraživanja), lokusu kontrole u odnosu na mjesto življenja – otok / kopno, u smjeru povoljnijih pokazatelja za ispitanike koji žive na kopnu.

H 2. Ne postoje statistički značajne razlike u kvaliteti života, kao i njihovog zadovoljstva životom, postojanju socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti, lokusu kontrole u odnosu prema spolu ispitanika.

H 3. Postoji međusobna povezanost između glavnih zavisnih varijabli istraživanja, te njihova povezanost s dobi, spolom i stručnom spremom ispitanika.

H 4. Postoji mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života na temelju preostalih glavnih varijabli istraživanja, te izabranih sociodemografskih karakteristika.

Istraživanje se provodilo s ciljem dobivanja odgovora na sljedeća istraživačka pitanja:

1. Postoje li razlike u kvaliteti života, kao i njihovom zadovoljstvu životom, postojanju socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti (kao i načinima provođenja slobodnog vremena), lokusu kontrole u odnosu prema mjestu življenja – otok / kopno?
2. Postoje li razlike u glavnim zavisnim varijablama istraživanja, u odnosu prema spolu ispitanika?
3. Postoji li međusobna povezanost glavnih zavisnih varijabli istraživanja, te povezanost s dobi, spolom i stručnom spremom ispitanika?
4. Postoji li mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života na temelju preostalih glavnih varijabli istraživanja te izabranih sociodemografskih karakteristika?

3.3 Istraživačka metodologija

3.3.1 Metode i tehnike prikupljanja podataka

Istraživanje u ovom radu temelji se na kvantitativnoj metodologiji. Instrumenti koji su korišteni u ovom istraživanju jesu strukturirani upitnik demografskih podataka i upitnici i skale osnovani na samoprocjeni:

1. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF (proširen je nekolicinom pitanja koja se odnose na tjelesno kretanje, tjelesne simptome i mentalno stanje);
2. Skala zadovoljstva životom (Diener idr. 1985 v Pavot i Diener 1993) sastoji se od 5 tvrdnji uz koje treba upisati stupanj slaganja. Koristi se Likertova skala od 7 stupnjeva gdje "7" označava "izrazito se slažem", a "1" "uopće se ne slažem";
3. Upitnik o važnosti slobodnog vremena
4. Upitnik o načinu provođenja slobodnog vremena
5. Skala optimizma - pesimizma (Chang idr. 1997)
6. Multidimenzionalni upitnik zdravstvenog lokusa kontrole (MHLC) Wallston idr. 1978.

3.3.2 Opis instrumenata

Za prikupljanje podataka korišteni su strukturirani upitnik demografskih podataka i upitnici osnovani na samoprocjeni. Prvi dio upitnika odnosio se na demografske podatke ispitanika: dob, spol, stručna sprema, zanimanje. Drugi dio upitnika odnosio se na pitanja iz anketnog upitnika WHOQOL-BREF, Skale zadovoljstva životom (Diener idr.1985 v Pavot i Diener 1993), Upitnik o važnosti slobodnog vremena, Upitnik o načinu provođenja slobodnog vremena, Skala optimizma - pesimizma, Multidimenzionalni upitnik zdravstvenog lokusa kontrole (MHLC).

Prvi dio upitnika:

- a. dob
- b. spol
- c. stručna sprema
- d. zanimanje

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

Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF (proširen je nekolicinom pitanja koja se odnose na tjelesno kretanje: dužinu pješaćenja, dužina pješaćenja odjedanput, brzina hodanja, te tjelesni simptomi i mentalno stanje).

Tablica 1: Domene upitnika WHOQOL-BREF

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

Izvor: Anketni upitnik 2019.

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

b) Skala subjektivnoga zadovoljstva životom, kao mjera kognitivne evaluacije pojedinčeva života općenito (Diener idr. 1985 v Pavot i Diener 1993), koja se sastoji se od 5 čestica uz koje treba upisati stupanj slaganja. Koristi se Likertova skala od 7 stupnjeva gdje "7" označava "izrazito se slažem", a "1" "uopće se ne slažem". Ukupan rezultat formira se zbrajanjem procjena odgovora na svih pet tvrdnji, pri čemu viši rezultati upućuju na veće zadovoljstvo.

c) Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je Upitnik o načinu provođenja slobodnog vremena koji se sastoji od 16 tvrdnji. Za svaku tvrdnju ispitanici su trebali iskazati učestalost provođenja slobodnog vremena na određene načine. Koristi se skala Likertovog tipa od pet stupnjeva gdje „5“ označava „izrazito često ili uvijek“, a „1“ „vrlo rijetko ili nikada“, ovisno o tome koliko se ispitanik bavi određenom aktivnošću

d) Za potrebe ovog istraživanja konstruiran je Upitnik o važnosti slobodnog vremena, koji se sastoji od 11 tvrdnji. Za svaku tvrdnju ispitanici su trebali iskazati važnosti za navedene načine provođenja slobodnog vremena za određena područja života. Koristi se skala Likertovog tipa od pet stupnjeva gdje „5“ na skali označava „najvažnije“, a „1“ „posve nevažno“.

e) Skala optimizma – pesimizma (O-P skala)

Skale autora Changa nastale su kao rezultat adaptacija i provjera tvrdnji iz LOT (Life Orientation Test) Scheiera i Carvera (1985) i OPS (Optimism-Pessimism Scale) Dembera i sur. (1989 prema Chang idr. 1997). Nakon validacije autor Chang je zadržao 15 tvrdnji, a u hrvatski je prijevod uvršteno 14 tvrdnji i to 6 za procjenu optimizma i 8 za procjenu pesimizma (Penezić 2002, 15).

Optimizam - čestice 2, 5, 6, 8, 11, 14

Pesimizam- čestice 1, 3, 4, 7, 9, 10, 12, 13

Skale su Likertova tipa s pet stupnjeva, gdje 5 označava „u potpunosti se odnosi na mene“, a 1 označava „uopće se ne odnosi na mene“. Ukupni rezultat se formira kao linearna kombinacija (suma) rezultata u svakoj pojedinoj čestici, i to zasebno za optimizam i zasebno za pesimizam. *Optimizam/pesimizam* shvaćeni su kao generalizirano očekivanje pozitivnih ili negativnih ishoda aktivnosti, pa se u tom određenju izražavaju relativno odvojene i stabilne dimenzije ličnosti (Scheier i Carver 1985). Definicija je orijentirana na buduće događaje i na očekivanje rezultata nekih budućih aktivnosti.

f) MHLC - Multidimenzionalna ljestvica zdravstvenog lokusa kontrole; engl. *Multidimensional Health Locus of Control Scale* (Wallston idr. 1978). Ljestvica služi za ispitivanje vjerovanja o kontrolabilnosti zdravstvenih problema općenito. Korištena je alternativna forma A ovog upitnika, koja se sastoji se od 18 čestica na koje su ispitanici odgovarali uz pomoć ljestvice Likertova tipa od šest stupnjeva koje mjere tri dimenzije zdravstvenog lokusa kontrole (svaka supskala sadrži po šest čestica), gdje 6 označava „Potpuno se slažem“, a 1 “Uopće se ne slažem“. Pitanja su podijeljena u tri podljestvice, a rezultati se prikazuju posebno za svaku podljestvicu. Svaka podljestvica predstavlja jedan od tri pretpostavljena faktora zdravstvenog lokusa kontrole: faktor internalnog zdravstvenog lokusa kontrole, koji predstavlja vjerovanje u osobnu kontrolu nad zdravljem, faktor slučajnosti zdravstvenog lokusa kontrole, koji predstavlja vjerovanja pojedinca o utjecaju slučajnosti, sreće ili sudbine na zdravlje te faktor snažni drugi zdravstvenog lokusa kontrole, koji predstavlja vjerovanja pojedinca o ovisnosti njegovog zdravlja o utjecajnim drugim ljudima (Wallston idr. 1978, 160-161).

3.3.3 Opis uzorka

Uzorak je činilo 150 stanovnika ruralnog kopnenog područja i 150 stanovnika otočnog područja Dubrovačko-neretvanske županije, oba spola, starijih od 60 godina. Uzorak je biran po kriteriju relativno ravnomjerne zastupljenosti ispitanika u odnosu prema nezavisnim varijablama istraživanja koje će se koristiti u analizama razlika.

Ispitanici su grupirani u dvije kohortne skupine:

1. skupina ispitanika koju čini 150 osoba starije dobi iz otočne sredine i
2. skupina ispitanika koju čini 150 osoba starije dobi iz ruralne, kopnene sredine.

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

1. skupina od 60 do 75 godina
2. skupina od 76 do 90 godina.
3. skupina od 91 godina i više.

U istraživanju je primijenjena metoda slučajnog uzorkovanja u promatranim područjima, pri čemu se vodilo računa o tome da ulazne sociodemografske varijable budu približno

proporcionalne općoj populaciji. Ispitanici iz ruralnog kopnenog područja su bili iz Općine Dubrovačko primorje, a otočnog područja stanovnici Elafitskih otoka (Šipan, Lopud, Koločep). Metodom slučajnog odabira, kod tri liječnika obiteljske medicine na otočnom području i kod tri liječnika obiteljske medicine na kopnenom području, nasumično su se prikupili podatci za 150 osoba starije dobi, sa svakog područja. Kriterij odabira bio je da osoba ima 60 godina i više, da je umirovljena i sa stalnim boravkom u ispitivanim područjima. U istraživanje nisu uključeni ispitanici koji imaju dijagnosticiranu demenciju, kao i osobe sa psihičkim oboljenjima.

Mjerni instrumenti su bili na hrvatskom jeziku. Prije početka istraživanja zatražena je i dobivena suglasnost Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik, na čijem se području provodilo istraživanje. Ispitanici su zamoljeni za dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju, u skladu sa svim pravilima Etičkog kodeksa, uz potpisivanje obrazaca informiranog pristanka, uz pojašnjenje da je anketa anonimna i da se njihova imena nigdje neće spominjati. Dobili su informaciju o ciljevima istraživanja i postupku. Za sudjelovanje u istraživanju, ispitanici nisu dobili nikakvu naknadu. Svi ispitanici su ispunili upitnike u papirnatom obliku, u uvjetima svakodnevnog boravka u svojim domovima i u izravnom kontaktu s educiranim ispitivačima, tj. patronažnim sestrama, koje pokrivaju određeno područje. Prije početka istraživanja provedena je pilot studija na uzorku od po 15 ispitanika u ruralnom i otočnom području da bi se utvrdilo, eventualno, postojanje nejasnoća u upitniku te razumljivost pitanja. Anketiranje su provele patronažne sestre prvostupnice prilikom obilaska terena (Elafitski otoci – Dubrovačko primorje), koje su prije početka postupka bile detaljno educirane o temi i načinu provođenja ankete. Okvirno vrijeme koje je bilo potrebno za anketiranje bilo je od 30 do 45 minuta po ispitaniku.

3.3.4 Opis obrade podataka

Statističke metode korištene u sklopu istraživanja:

Statistička obrada

Ovisno o mjernoj ljestvici i prirodi distribucije kvantitativnih varijabli (Kolmogorov–Smirnov test; K–S test) i veličini pojedinog subuzorka ispitanika, u analizi su se koristiti parametrijski, odnosno alternativno neparametrijski postupci statističke obrade. Podatci su

prezentirani putem apsolutnih brojeva i postotaka i mjerama centralne tendencije, te grafički putem dijagrama.

U analizama razlika između pojedinih poduzoraka ispitanika, a u odnosu prema odabranim glavnim zavisnim varijablama istraživanja, koristio se Kruskal-Wallis test i Mann U Whitney (u slučaju primjene neparametrijskih metoda). Razlike kategorijskih varijabli testirane su Hi-kvadrat testom.

Potom su primijenjene korelacijske analize (Spearmanov koeficijent korelacije, budući da se je potvrdila distribucija drugačija od normalne) kako bi se utvrdile relacije između dimenzija glavnih zavisnih varijabli istraživanja.

Provedbom multiple regresijske analize provjeravala se mogućnost predikcije utjecaja fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlje, društvenih odnosa, utjecaja okoline, optimizma i pesimizma na skalu zadovoljstva životom

Rezultati su interpretirani na petpostotnoj razini značajnosti, dok se koristila razina pouzdanosti od 95 %, sve p vrijednosti su dvostrane. Za analizu je korištena programska podrška SPSS Version 26.0.

Testiranje normalnosti distribucije putem Kolmogorov–Smirnov testa

Dalje, prikazano je testiranje statističke normalnosti za promatrane faktore u istraživanju. Testiranje je provedeno uz pomoć Kolmogorov–Smirnov testa. Testiranje normalnosti je provedeno kako bi se ustanovilo slijede li promatrani faktori distribuciju koja odgovara Gaussovoj.

Tablica 2: Testiranje normalnosti distribucije

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Statistic	df	Sig.
Fizičko zdravlje	,077	256	,001
Psihičko zdravlje	,096	256	,000
Društveni odnosi	,096	256	,000
Utjecaj okoline	,068	256	,006
Skala zadovoljstva životom	,085	256	,000
Interni lokus kontrole	,065	256	,011
Lokus kontrole - prilika	,065	256	,011
Lokus kontrole - moćni drugi	,064	256	,013
Optimizam	,158	256	,000
Pesimizam	,066	256	,010

a. Lilliefors Significance Correction

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Iz priloženih signifikantnosti na tablici može se uočiti kako raspodjela kod promatranih varijabli ne slijedi normalnu distribuciju, pošto za sve promatrane faktore vrijednost signifikantnosti *Kolmogorov–Smirnov* testa nije veća od 0,05. U skladu s tim, navedeni su faktori testirani uz pomoć neparametrijskih statističkih testova, odnosno putem Kruskal Wallis testa i MannWhitney U testa.

3.4 Rezultati

U istraživanju je ukupno anketirano 300 starijih osoba ($N = 300$), koji su grupirani u dvije skupine. Prvu skupinu ispitanika činilo je sto pedeset ($N = 150$) osoba starijih od 60 godina nastanjenih na Elafitskim otocima (Šipan, Lopud, Koločep), dok su drugu skupinu od sto pedeset starijih osoba ($N = 150$) činili stanovnici Dubrovačkog primorja (Tablica 3.). Prema podacima za područja na kojima je provedeno istraživanje, može se uočiti kako je 50,0 % ispitanika iz otočnog područja, dok je 50,0 % ispitanika iz ruralnog kopnenog područja (Tablica 3.).

Tablica 3: Distribucija broja ispitanika prema obrađivanim područjima a na uzorku od N = 300 ispitanika

		N	%
Skupina	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	150	50,0%
	DUBROVAČKO PRIMORJE	150	50,0%
	Ukupno	300	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

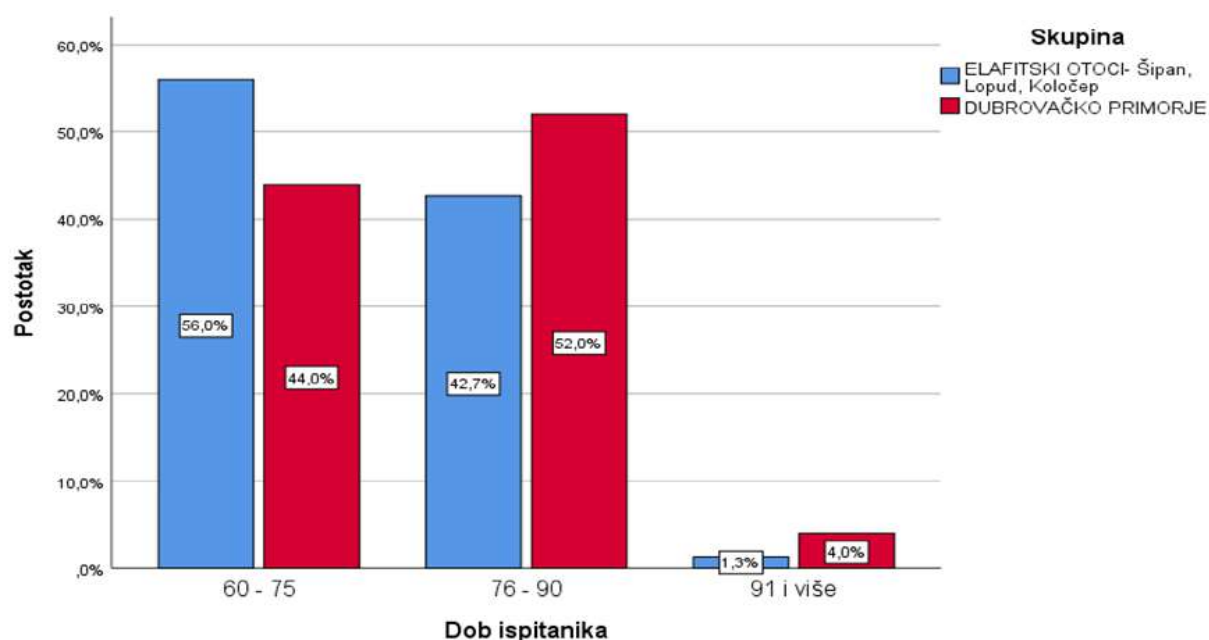
Tablica 4: Prikaz distribucije ispitanika prema dobi na uzorku od N = 300 ispitanika

			Skupina		Ukupno
			ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	DUBROVAČKO PRIMORJE	
Dob ispitanika	60 - 75	N	84	66	150
		%	56,0%	44,0%	50,0%
	76 - 90	N	64	78	142
		%	42,7%	52,0%	47,3%
	91 i više	N	2	6	8
		%	1,3%	4,0%	2,7%
Ukupno		N	150	150	300
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na tablici 4 prikazani su podatci za dobne skupine ispitanika. Dob ispitanika s područja Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep u 56,0 % slučajeva je 60 – 75 godina u odnosu prema 44,0 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja. Nadalje 42,7 % ispitanika s Elafitskih otoka ima 76 – 90 godina u odnosu prema 52,0 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja, te 1,3 % ispitanika s Elafitskih otoka ima 91 i više godina u odnosu prema 4,0 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Grafikon 1: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika prema dobnim skupinama promatranog uzorka od N = 300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na tablici 5 prikazani su podaci za dob ispitanika, iz promatrane se tablice može uočiti kako prosječna dob ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep iznosi 74,53 godina, dok prosječna dob ispitanika iz Dubrovačkog primorja iznosi 77,30 godina.

Tablica 5: Opisna statistika za dob ispitanika prema promatranim mjestima

	Skupina	N	\bar{x}	Sd
Dob	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	150	74,53	7,512
	DUBROVAČKO PRIMORJE	150	77,30	8,760

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 6: Rangovi za dob ispitanika prema promatranim mjestima

	Skupina	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Dob	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	150	136,69	20503,00
	DUBROVAČKO PRIMORJE	150	164,31	24647,00
	Ukupno	300		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 7: Testiranje statističke značajnosti za dob ispitanika prema promatranim mjestima ^a

	Dob
Mann-Whitney U	9178,000
Wilcoxon W	20503,000
Z	-2,760
Asymp. Sig. (2-tailed)	,006

a. Grouping Variable: Skupina

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Vrijednost signifikantnosti za dob ispitanika iznosi manje od 5 %, odnosno $p=0,006$, dakle može se reći, s razinom pouzdanosti od 95 %, kako postoji statistički značajna razlika za dob ispitanika s obzirom na ispitanike s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačkog primorja. Pritom se na tablici 6 može uočiti kako su rangovi značajno viši (vrijednost dobi je viša) kod ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Tablica 8: Prikaz distribucije ispitanika prema spolu na uzorku od N = 300 ispitanika

			Skupina		Ukupno
			ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	DUBROVAČKO PRIMORJE	
Spol	muško	N	69	61	130
		%	46,0%	40,7%	43,3%
	žensko	N	81	89	170
		%	54,0%	59,3%	56,7%
Ukupno		N	150	150	300
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 9: Hi kvadrat test ispitanika prema spolu i promatranim skupinama

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,869 ^a	1	,351		
Continuity Correction ^b	,665	1	,415		
Likelihood Ratio	,869	1	,351		
Fisher's Exact Test				,415	,207
Linear-by-Linear Association	,866	1	,352		
N of Valid Cases	300				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 65,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između *spola ispitanika* i promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje) iznosi 0,351 ($p > 0,05$), dakle nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina.

Tablica 10: Stručna sprema i promatrane skupine

			Skupina		Ukupno
			ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	DUBROVAČKO PRIMORJE	
Stručna sprema	NSS	N	50	60	110
		%	33,3%	40,0%	36,7%
	SSS	N	62	21	83
		%	41,3%	14,0%	27,7%
	VŠS	N	12	3	15
		%	8,0%	2,0%	5,0%
	VSS	N	7	0	7
		%	4,7%	0,0%	2,3%
	Ostalo	N	19	66	85
		%	12,7%	44,0%	28,3%
Ukupno		N	150	150	300
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 11: Hi kvadrat test za stručnu sprema prema skupinama

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59,550 ^a	4	,000
Likelihood Ratio	65,074	4	,000
Linear-by-Linear Association	18,571	1	,000
N of Valid Cases	300		

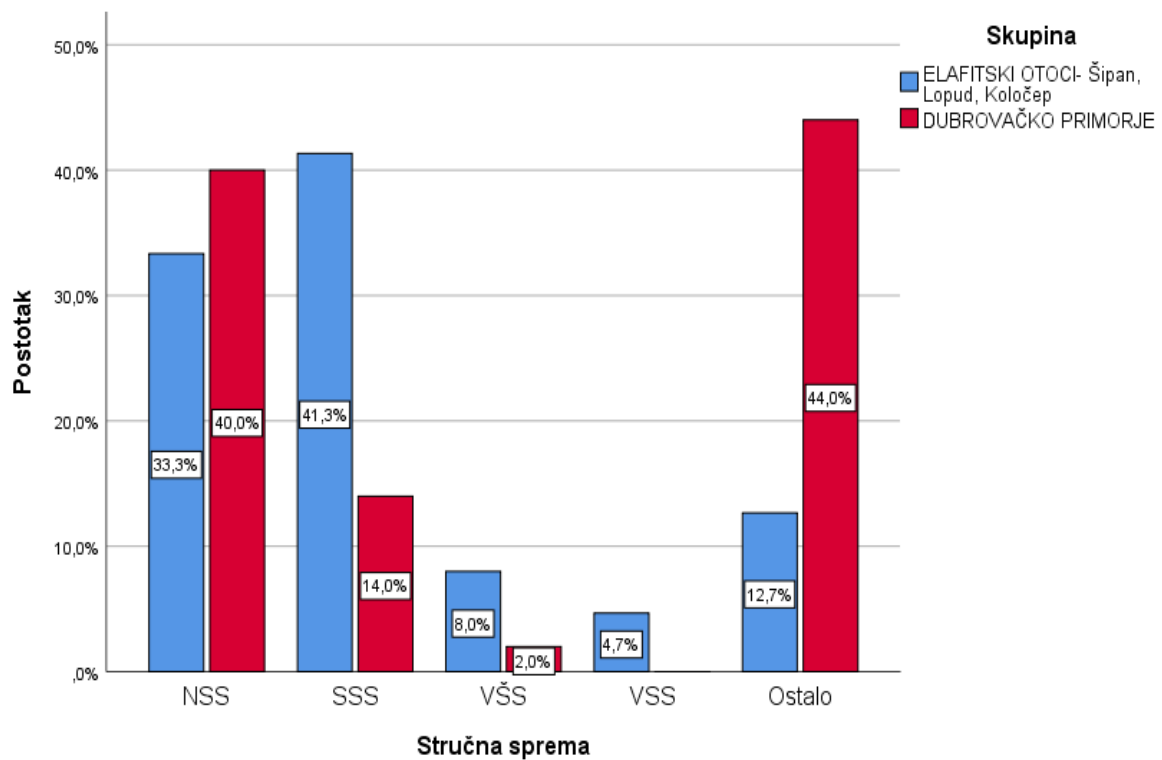
a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,50.

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod stručne sprema ispitanika može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko

primorje), pritom 41,3 % ispitanika s Elafitskih otoka navodi SSS, u odnosu prema 14,0 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Grafikon 2: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika prema stručnoj spremi na uzorku od N = 300 ispitanika



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Na tablici 12 i 13 prikazana su promatrana zanimanja ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Kalamota i ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Tablica 12: Zanimanje – Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep

Zanimanja	Broj	Postotak
DOMAĆICE	20	13,99 %
POLJOPRIVREDNIK/CA	8	5,59 %
RIBAR	2	1,40%
Uslužna i trgovačka zanimanja (konobar/ca, frizerka, krojačica, kuhar/ica, mesar, službenica, trgovac, elektromehaničar, stolar, strojobravar)	22	15,38%
Odgajatelj, nastavnik	2	1,40%
Pomorac	2	1,40%
Brodograditelj	1	0,70%
Ostalo	86	60,14%
Ukupno	143	100,00%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogledaju li se podatci za promatrana zanimanja ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep može se uočiti kako je čak 60,14 % nekategoriziranih - ostalih zanimanja, od zanimanja koja smo kategorizirali najviše bilježimo uslužnih i trgovačkih zanimanja (konobar/ca, frizerka, krojačica, kuhar/ica, mesar, službenica, trgovac, elektromehaničar, stolar, strojobravar) (15,38 %), domaćica je 13,99 %, a poljoprivrednika 5,59 %.

Tablica 13: Zanimanje – Dubrovačko primorje

Zanimanja	Broj	Postotak
DOMAĆICE	50	42,02 %
POLJOPRIVREDNIK/CA	8	6,72 %
RIBAR	2	1,68 %
Uslužna i trgovačka zanimanja (konobar/ca, mesar, službenik/ca, trgovac, elektromehaničar, stolar, strojobravar)	7	5,88 %
Ostalo	52	43,70 %
Ukupno	119	100,00 %

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogledaju li se podatci za promatrana zanimanja ispitanika iz Dubrovačkog primorja može se uočiti kako je čak 43,70 % nekategoriziranih - ostalih zanimanja, od zanimanja koja smo

kategorizirali najviše bilježimo domaćica (42,02 %), zatim poljoprivrednika/ca 6,72 % i 5,88 % uslužnih zanimanja.

U tablicama 14 i 15 prikazani su odgovori ispitanika na pitanje „Ako nešto nije u redu s Vašim zdravljem, navedite Vaš zdravstveni problem“ za ispitanike s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep i ispitanike iz Dubrovačkog primorja.

Tablica 14: Ako nešto nije u redu s Vašim zdravljem, navedite Vaš zdravstveni problem : Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep

Bolesti	Broj	Postotak
HIPERTENZIJA	63	46,32 %
DIJABETES	24	17,65 %
BOL U MIŠIĆIMA, ZGLOBOVIMA I KOSTIMA	36	26,47 %
KARCINOMI	13	9,56 %
UKUPNO	136	100,00 %

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogledaju li se podatci za promatrane dijagnoze ispitanika s Elafitskih otoka može se uočiti kako 46,32 % kao zdravstveni problem navodi hipertenziju, 26,47 % bol u mišićima, zglobovima i kostima, zatim 17,65 % dijabetes i 9,56 % karcinom.

Tablica 15: Ako nešto nije u redu s Vašim zdravljem, navedite Vaš zdravstveni problem: Dubrovačko primorje

Bolesti	Broj	Postotak
HIPERTENZIJA	63	45,99 %
DIJABETES	28	20,44 %
BOL U MIŠIĆIMA, ZGLOBOVIMA I KOSTIMA	32	23,36 %
KARCINOMI	12	8,76 %
Ostalo	2	1,46 %
Ukupno	137	100,00 %

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogledaju li se podaci za promatrane dijagnoze ispitanika Dubrovačkog primorja može se uočiti kako 45,99 % kao zdravstveni problem navodi hipertenziju, 23,36 % bol u mišićima, zglobovima i kostima, zatim 20,44 % dijabetes i 8,76 % karcinom.

Na sljedećim će stranicama biti prikazani deskriptivni pokazatelji za promatrane skale kod ispitanika s Elafitskih otoka i Dubrovačkog primorja, za svako će pitanje biti prikazane frekvencije i postotci, aritmetička sredina i standardna devijacija. Komentirat će se pitanja kod kojih je zabilježena najmanja i najveća vrijednost aritmetičke sredine odgovora ispitanika.

Tablica 16: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija za skupinu pitanja iz WHOQOL-BREF upitnika

		Skupina							
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep				DUBROVAČKO PRIMORJE			
		N	%	\bar{x}	Sd	N	%	\bar{x}	Sd
Kako biste procijenili kvalitetu Vašeg zdravlja	Vrlo lošom	7	4,7%			20	13,3%		
	Prilično nezadovoljan	15	10,0%			24	16,0%		
	Ni dobrom, ni lošom	50	33,3%			58	38,7%		
	Prilično dobrom	62	41,3%			42	28,0%		
	Vrlo dobrom	16	10,7%			6	4,0%		
	Ukupno	150	100,0%	3,43	,97	150	100,0%	2,93	1,07
Kako ste zadovoljni svojim zdravljem	Vrlo nezadovoljan	6	4,0%			17	11,3%		
	Prilično loše	16	10,7%			27	18,0%		
	Ni zadovoljan, ni nezadovoljan	49	32,7%			48	32,0%		
	Prilično zadovoljan	64	42,7%			49	32,7%		
	Vrlo zadovoljan	15	10,0%			9	6,0%		
	Ukupno	150	100,0%	3,44	,95	150	100,0%	3,04	1,10
Koliko Vas bolovi sprečavaju u Izvršavanju Vaših obaveza	Uopće ne	36	24,0%			21	14,1%		
	Pomalo	28	18,7%			30	20,1%		
	Umjereno	55	36,7%			48	32,2%		
	U znatnoj mjeri	17	11,3%			32	21,5%		
	U najvećoj mjeri	14	9,3%			18	12,1%		

	Ukupno	150	100,0%	2,63	1,23	149	100,0%	2,97	1,21
Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman	Uopće ne	50	34,0%			23	15,6%		
	Pomalo	40	27,2%			34	23,1%		
	Umjereno	40	27,2%			41	27,9%		
	U znatnoj mjeri	13	8,8%			36	24,5%		
	U najvećoj mjeri	4	2,7%			13	8,8%		
	Ukupno	147	100,0%	2,19	1,09	147	100,0%	2,88	1,20
Koliko uživate u životu	Uopće ne	11	7,4%			16	10,8%		
	Pomalo	9	6,0%			36	24,3%		
	Umjereno	53	35,6%			46	31,1%		
	U znatnoj mjeri	46	30,9%			34	23,0%		
	U najvećoj mjeri	30	20,1%			16	10,8%		
	Ukupno	149	100,0%	3,50	1,11	148	100,0%	2,99	1,16
Koliko osjećate da Vaš život ima smisla	Uopće ne	6	4,1%			8	5,4%		
	Pomalo	3	2,0%			23	15,5%		
	Umjereno	24	16,2%			44	29,7%		
	U znatnoj mjeri	63	42,6%			42	28,4%		
	U najvećoj mjeri	52	35,1%			31	20,9%		
	Ukupno	148	100,0%	4,03	,98	148	100,0%	3,44	1,14
Koliko se dobro možete koncentrirati	Uopće ne	2	1,3%			7	4,7%		
	Pomalo	12	8,1%			26	17,3%		
	Umjereno	32	21,5%			54	36,0%		
	U znatnoj mjeri	61	40,9%			37	24,7%		
	U najvećoj mjeri	42	28,2%			26	17,3%		
	Ukupno	149	100,0%	3,87	,96	150	100,0%	3,33	1,10
Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu	Uopće ne	7	4,7%			15	10,0%		
	Pomalo	24	16,0%			40	26,7%		
	Umjereno	47	31,3%			51	34,0%		
	U znatnoj mjeri	50	33,3%			36	24,0%		
	U najvećoj mjeri	22	14,7%			8	5,3%		
	Ukupno	150	100,0%	3,37	1,07	150	100,0%	2,88	1,05
Koliko je zdrav Vaš okoliš	Uopće ne	4	2,7%			1	0,7%		
	Pomalo	5	3,3%			7	4,7%		
	Umjereno	20	13,3%			32	21,6%		
	U znatnoj mjeri	68	45,3%			71	48,0%		
	U najvećoj mjeri	53	35,3%			37	25,0%		
	Ukupno	150	100,0%	4,07	,93	148	100,0%	3,92	,85
Imate li dovoljno energije za svakidašnji život	Uopće ne	8	5,3%			13	8,7%		
	Pomalo	17	11,3%			36	24,0%		
	Umjereno	53	35,3%			53	35,3%		
	U znatnoj mjeri	57	38,0%			41	27,3%		
	U najvećoj mjeri	15	10,0%			7	4,7%		

	Ukupno	150	100,0%	3,36	,99	150	100,0%	2,95	1,03
Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled	Uopće ne	2	1,3%			12	8,0%		
	Pomalo	7	4,7%			22	14,7%		
	Umjereno	35	23,3%			32	21,3%		
	U znatnoj mjeri	54	36,0%			59	39,3%		
	U najvećoj mjeri	52	34,7%			25	16,7%		
	Ukupno	150	100,0%	3,98	,94	150	100,0%	3,42	1,17
Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba	Uopće ne	4	2,7%			10	6,8%		
	Pomalo	19	12,7%			20	13,5%		
	Umjereno	66	44,0%			70	47,3%		
	U znatnoj mjeri	37	24,7%			40	27,0%		
	U najvećoj mjeri	24	16,0%			8	5,4%		
	Ukupno	150	100,0%	3,39	,99	148	100,0%	3,11	,94
Koliko su vam dostupne informacije koje su vam potrebne u svakidašnjem životu	Uopće ne	5	3,3%			3	2,0%		
	Pomalo	11	7,3%			15	10,0%		
	Umjereno	44	29,3%			60	40,0%		
	U znatnoj mjeri	65	43,3%			58	38,7%		
	U najvećoj mjeri	25	16,7%			14	9,3%		
	Ukupno	150	100,0%	3,63	,96	150	100,0%	3,43	,87
Imate li prilike za rekreaciju	Uopće ne	32	21,5%			59	40,4%		
	Pomalo	20	13,4%			25	17,1%		
	Umjereno	49	32,9%			27	18,5%		
	U znatnoj mjeri	34	22,8%			29	19,9%		
	U najvećoj mjeri	14	9,4%			6	4,1%		
	Ukupno	149	100,0%	2,85	1,26	146	100,0%	2,30	1,29
Koliko se možete kretati uokolo	Uopće ne	6	4,0%			9	6,0%		
	Pomalo	20	13,3%			41	27,3%		
	Umjereno	31	20,7%			39	26,0%		
	U znatnoj mjeri	56	37,3%			41	27,3%		
	U najvećoj mjeri	37	24,7%			20	13,3%		
	Ukupno	150	100,0%	3,65	1,11	150	100,0%	3,15	1,14
Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem	Uopće ne	9	6,0%			13	8,7%		
	Pomalo	18	12,0%			31	20,7%		
	Umjereno	51	34,0%			59	39,3%		
	U znatnoj mjeri	44	29,3%			27	18,0%		
	U najvećoj mjeri	28	18,7%			20	13,3%		
	Ukupno	150	100,0%	3,43	1,11	150	100,0%	3,07	1,13
Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja	Uopće ne	6	4,0%			18	12,1%		
	Pomalo	15	10,0%			30	20,1%		
	Umjereno	45	30,0%			53	35,6%		
	U znatnoj mjeri	64	42,7%			34	22,8%		
	U najvećoj mjeri	20	13,3%			14	9,4%		

svakidašnjih aktivnosti	Ukupno	150	100,0%	3,51	,98	149	100,0%	2,97	1,14
Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima	Uopće ne	9	6,0%			21	14,2%		
	Pomalo	26	17,3%			34	23,0%		
	Umjereno	38	25,3%			46	31,1%		
	U znatnoj mjeri	60	40,0%			34	23,0%		
	U najvećoj mjeri	17	11,3%			13	8,8%		
	Ukupno	150	100,0%	3,33	1,08	148	100,0%	2,89	1,17
Koliko ste zadovoljni sobom	Uopće ne	4	2,7%			11	7,5%		
	Pomalo	12	8,1%			17	11,6%		
	Umjereno	37	24,8%			58	39,5%		
	U znatnoj mjeri	50	33,6%			44	29,9%		
	U najvećoj mjeri	46	30,9%			17	11,6%		
	Ukupno	149	100,0%	3,82	1,05	147	100,0%	3,27	1,06
Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama	Uopće ne	2	1,3%			4	2,7%		
	Pomalo	5	3,3%			10	6,8%		
	Umjereno	25	16,7%			23	15,8%		
	U znatnoj mjeri	56	37,3%			63	43,2%		
	U najvećoj mjeri	62	41,3%			46	31,5%		
	Ukupno	150	100,0%	4,14	,91	146	100,0%	3,94	1,00
Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom	Uopće ne	67	54,5%			58	51,8%		
	Pomalo	19	15,4%			15	13,4%		
	Umjereno	22	17,9%			19	17,0%		
	U znatnoj mjeri	9	7,3%			14	12,5%		
	U najvećoj mjeri	6	4,9%			6	5,4%		
	Ukupno	123	100,0%	1,93	1,21	112	100,0%	2,06	1,30
Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji	Uopće ne	2	1,3%			2	1,3%		
	Pomalo	14	9,4%			21	14,1%		
	Umjereno	47	31,5%			43	28,9%		
	U znatnoj mjeri	56	37,6%			61	40,9%		
	U najvećoj mjeri	30	20,1%			22	14,8%		
	Ukupno	149	100,0%	3,66	,95	149	100,0%	3,54	,96
Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora	Uopće ne	2	1,3%			0	0,0%		
	Pomalo	4	2,7%			3	2,0%		
	Umjereno	28	18,7%			27	18,4%		
	U znatnoj mjeri	55	36,7%			74	50,3%		
	U najvećoj mjeri	61	40,7%			43	29,3%		
	Ukupno	150	100,0%	4,13	,90	147	100,0%	4,07	,75
Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga	Uopće ne	2	1,3%			15	10,1%		
	Pomalo	15	10,1%			19	12,8%		
	Umjereno	36	24,2%			44	29,5%		
	U znatnoj mjeri	67	45,0%			43	28,9%		

	U najvećoj mjeri	29	19,5%			28	18,8%		
	Ukupno	149	100,0%	3,71	,94	149	100,0%	3,34	1,21
Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima	Uopće ne	13	8,7%			46	30,7%		
	Pomalo	14	9,4%			14	9,3%		
	Umjereno	37	24,8%			37	24,7%		
	U znatnoj mjeri	51	34,2%			33	22,0%		
	U najvećoj mjeri	34	22,8%			20	13,3%		
	Ukupno	149	100,0%	3,53	1,19	150	100,0%	2,78	1,43
Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost	Nikad	15	10,1%			13	9,6%		
	Ponekad	81	54,7%			61	44,9%		
	Uobičajeno	31	20,9%			36	26,5%		
	Prilično često	20	13,5%			21	15,4%		
	Uvijek	1	0,7%			5	3,7%		
	Ukupno	148	100,0%	2,40	,87	136	100,0%	2,59	,98

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,14 dok standardna devijacija iznosi 0,91, zatim „Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,13 dok standardna devijacija iznosi 0,90.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s „Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,93, dok standardna devijacija iznosi 1,21, zatim „Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman“ gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,19, dok standardna devijacija iznosi 1,09.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,07, dok standardna devijacija iznosi 0,75, zatim „Koliko je zdrav Vaš okoliš“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,92, dok standardna devijacija iznosi 0,85.

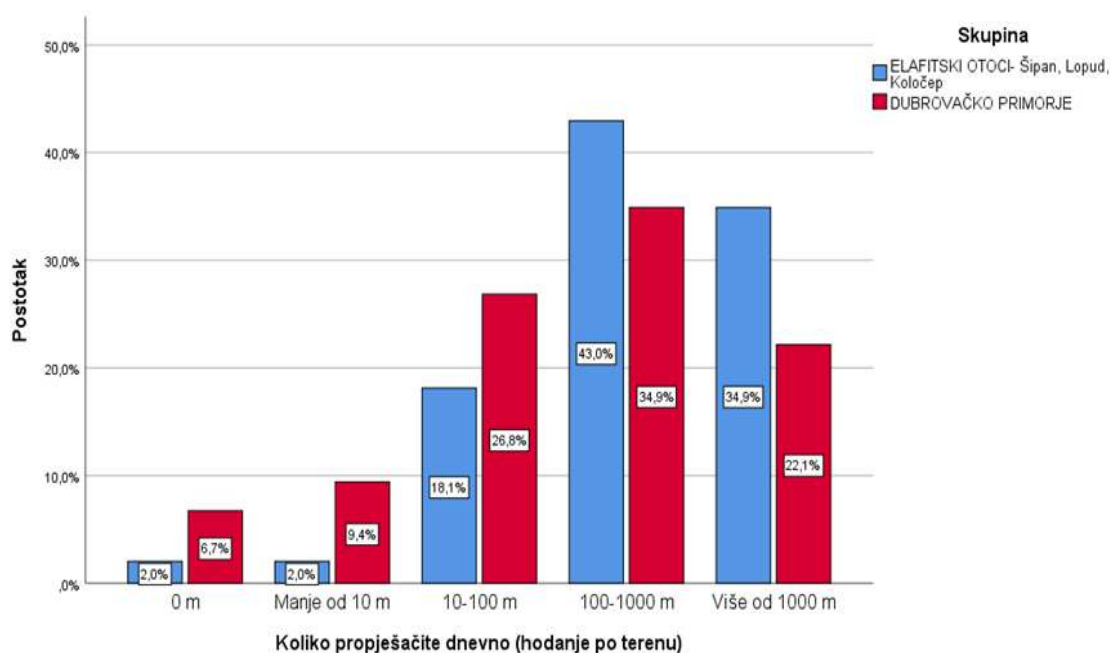
Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,06 dok standardna devijacija iznosi 1,30, zatim: „Imate li prilike za rekreaciju“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,30 dok standardna devijacija iznosi 1,29.

Tablica 17: Koliko propješačite dnevno (hodanje po terenu) i promatrane skupine

		Skupina			Ukupno	
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	DUBROVAČKO PRIMORJE			
Koliko propješačite dnevno (hodanje po terenu)	0 m	N	3	10	13	
		%	2,0%	6,7%	4,4%	
	Manje od 10 m	N	3	14	17	
		%	2,0%	9,4%	5,7%	
	10-100 m	N	27	40	67	
		%	18,1%	26,8%	22,5%	
	100-1000 m	N	64	52	116	
		%	43,0%	34,9%	38,9%	
	Više od 1000 m	N	52	33	85	
		%	34,9%	22,1%	28,5%	
	Ukupno		N	149	149	298
			%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 3: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o dužini pješaćenja dnevno na uzorku od N = 300 ispitanika promatranih skupina



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 18: Hi kvadrat test za pitanje koliko propješaćite dnevno (hodanje po terenu) i promatrane skupine

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18,898 ^a	4	,001
Likelihood Ratio	19,765	4	,001
Linear-by-Linear Association	17,152	1	,000
N of Valid Cases	298		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,50.

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

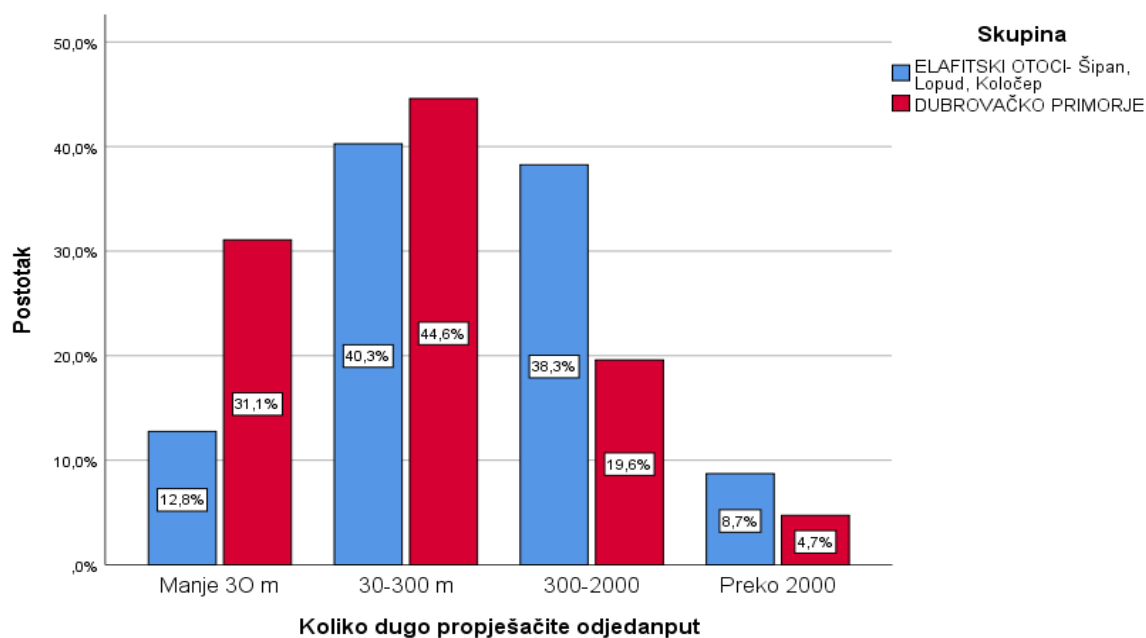
Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja „Koliko propješaćite dnevno (hodanje po terenu)“, može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,001 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje), pritom 34,9 % ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep hoda više od 1000 m, u odnosu na 22,1 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Tablica 19: Koliko dugo propješačite odjedanput i promatrane skupine

			Skupina		Ukupno	
			ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	DUBROVAČKO PRIMORJE		
Koliko dugo propješačite odjedanput	Manje 30 m	N	19	46	65	
		%	12,8%	31,1%	21,9%	
	30-300 m	N	60	66	126	
		%	40,3%	44,6%	42,4%	
	300-2000	N	57	29	86	
		%	38,3%	19,6%	29,0%	
	Preko 2000	N	13	7	20	
		%	8,7%	4,7%	6,7%	
Ukupno			N	149	148	297
			%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 4: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o dužini pješačenja odjedanput na uzorku od N = 300 ispitanika promatranih skupina



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 20: Hi kvadrat test za pitanje Koliko dugo propješačite odjedanput i promatrane skupine

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,414 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	22,958	3	,000
Linear-by-Linear Association	20,353	1	,000
N of Valid Cases	297		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,97.

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

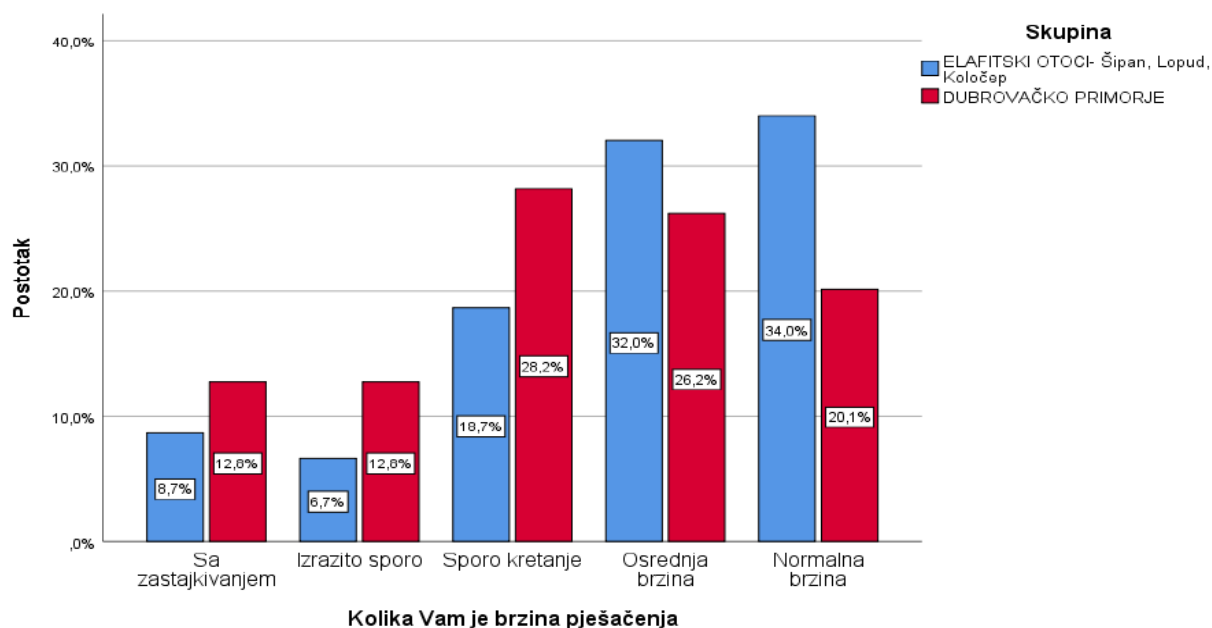
Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja „Koliko dugo propješačite odjedanput“, može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje), pritom 12,8 % ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep prehoda manje 30 m, u odnosu prema 31,1 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Tablica 21: Kolika Vam je brzina pješačenja i promatrane skupine

				Skupina		Ukupno
				ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	DUBROVAČKO PRIMORJE	
Kolika Vam je brzina pješačenja?	Sa zastajkivanjem	N	13	19	32	
		%	8,7%	12,8%	10,7%	
	Izrazito sporo	N	10	19	29	
		%	6,7%	12,8%	9,7%	
	Sporo kretanje	N	28	42	70	
		%	18,7%	28,2%	23,4%	
	Osrednja brzina	N	48	39	87	
		%	32,0%	26,2%	29,1%	
	Normalna brzina	N	51	30	81	
		%	34,0%	20,1%	27,1%	
	Ukupno		N	150	149	299
			%	100,0%	100,0%	100,0%

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Grafikon 5: Prikaz distribucije rezultata iz Upitnika o brzini pješaćenja na uzorku od N = 300 ispitanika promatranih skupina



Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 22: Hi kvadrat test za pitanje kolika Vam je brzina pješaćenja i promatrane skupine

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,090 ^a	4	,011
Likelihood Ratio	13,227	4	,010
Linear-by-Linear Association	10,464	1	,001
N of Valid Cases	299		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,45.

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja „Kolika Vam je brzina pješaćenja“, može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,011 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje), pritom 34,0 % ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep navodi normalna brzina, u odnosu prema 20,1 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Tablica 23: Odgovori ispitanika s promatranih lokacija za učestalost tjelesnih simptoma

		Skupina				p*
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep		DUBROVAČKO PRIMORJE		
		N	%	N	%	0,000
Tjelesni simptomi: Kratak dah	ne	115	79,9%	78	55,7%	0,000
	da	29	20,1%	62	44,3%	
	Ukupno	144	100,0%	140	100,0%	
Tjelesni simptomi: Edem noge	ne	100	69,4%	94	67,1%	0,677
	da	44	30,6%	46	32,9%	
	Ukupno	144	100,0%	140	100,0%	
Tjelesni simptomi: Široke vratne vene	ne	133	93,0%	113	81,9%	0,005
	da	10	7,0%	25	18,1%	
	Ukupno	143	100,0%	138	100,0%	
Tjelesni simptomi: Škripanje pluća	ne	126	86,9%	105	75,0%	0,010
	da	19	13,1%	35	25,0%	
	Ukupno	145	100,0%	140	100,0%	
Tjelesni simptomi: Kašalj	ne	114	78,1%	85	60,7%	0,001
	da	32	21,9%	55	39,3%	
	Ukupno	146	100,0%	140	100,0%	
Tjelesni simptomi: Mučnina	ne	138	94,5%	118	83,7%	0,003
	da	8	5,5%	23	16,3%	
	Ukupno	146	100,0%	141	100,0%	
Tjelesni simptomi: Povećanje jetre	ne	134	93,1%	130	94,2%	0,694
	da	10	6,9%	8	5,8%	
	Ukupno	144	100,0%	138	100,0%	
Tjelesni simptomi: Bol u trbuhu	ne	128	88,9%	109	75,7%	0,003
	da	16	11,1%	35	24,3%	
	Ukupno	144	100,0%	144	100,0%	
Tjelesni simptomi: Nesanica	ne	93	64,6%	70	48,3%	0,005
	da	51	35,4%	75	51,7%	
	Ukupno	144	100,0%	145	100,0%	
Tjelesni simptomi: Bolne nepovoljne reakcije na lijekove	ne	144	99,3%	129	92,8%	0,005
	da	1	0,7%	10	7,2%	
	Ukupno	145	100,0%	139	100,0%	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „tjelesne simptome: kratak dah, široke vratne vene, škripanje pluća, kašalj, mučnina, bol u trbuhu, nesanica, bolne nepovoljne reakcije na lijekove“, 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 promatrane pokazatelje kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje). Pritom su navedeni simptomi učestaliji kod ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Tablica 24: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija za skupinu pitanja o mentalnom stanju

		Skupina				p*
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep		DUBROVAČKO PRIMORJE		
		N	%	N	%	
Mentalno stanje: Društveni kontakt	ne	14	9,8%	35	24,8%	0,001
	da	129	90,2%	106	75,2%	
	Ukupno	143	100,0%	141	100,0%	
Mentalno stanje: Mentalni kapacitet	ne	11	8,1%	25	18,8%	0,011
	da	124	91,9%	108	81,2%	
	Ukupno	135	100,0%	133	100,0%	
Mentalno stanje: Pamćenje	ne	23	16,0%	30	21,3%	0,250
	da	121	84,0%	111	78,7%	
	Ukupno	144	100,0%	141	100,0%	
Mentalno stanje: Čitanje	ne	33	22,8%	41	28,9%	0,236
	da	112	77,2%	101	71,1%	
	Ukupno	145	100,0%	142	100,0%	
Mentalno stanje: Gledanje TV	ne	8	5,5%	15	10,4%	0,124
	da	137	94,5%	129	89,6%	
	Ukupno	145	100,0%	144	100,0%	
Mentalno stanje: Kućni poslovi	ne	18	12,4%	38	26,4%	0,003
	da	127	87,6%	106	73,6%	
	Ukupno	145	100,0%	144	100,0%	
Mentalno stanje: Zadaci na otvorenom prostoru	ne	30	20,5%	42	29,8%	0,071
	da	116	79,5%	99	70,2%	
	Ukupno	146	100,0%	141	100,0%	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „mentalno stanje: društveni kontakt, mentalni kapacitet, kućni poslovi“, 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 promatrane pokazatelje kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje). Pri tome je značajno više afirmativnih odgovora zabilježeno u skupini ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep.

Tablica 25: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija s obzirom na Skalu o zadovoljstvu životom

		Skupina							
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep				DUBROVAČKO PRIMORJE			
		N	%	\bar{x}	Sd	N	%	\bar{x}	Sd
Na više načina sam u svom životu došao blizu mog „idealnog života“	Uopće se ne slažem	2	1,3%			10	6,7%		
	Ne slažem se	11	7,4%			22	14,8%		
	Donekle se slažem	16	10,7%			34	22,8%		
	Niti se slažem, niti se ne slažem	30	20,1%			33	22,1%		
	Donekle se slažem	36	24,2%			25	16,8%		
	Slažem se	33	22,1%			18	12,1%		
	Izrazito se slažem	21	14,1%			7	4,7%		
	Ukupno	149	100,0%	4,81	1,51	149	100,0%	3,83	1,58
Uvjeti u kojima živim su odlični	Uopće se ne slažem	5	3,3%			4	2,7%		
	Ne slažem se	9	6,0%			9	6,0%		
	Donekle se slažem	10	6,7%			30	20,1%		
	Niti se slažem, niti se ne slažem	16	10,7%			21	14,1%		
	Donekle se slažem	42	28,0%			29	19,5%		
	Slažem se	33	22,0%			37	24,8%		
	Izrazito se slažem	35	23,3%			19	12,8%		
	Ukupno	150	100,0%	5,13	1,61	149	100,0%	4,67	1,61
Ja sam zadovoljan/na	Uopće se ne slažem	4	2,7%			9	6,1%		
	Ne slažem se	2	1,3%			9	6,1%		
	Donekle se slažem	12	8,0%			31	21,1%		
	Niti se slažem, niti se ne slažem	17	11,3%			19	12,9%		
	Donekle se slažem	29	19,3%			25	17,0%		
	Slažem se	48	32,0%			32	21,8%		
	Izrazito se slažem	38	25,3%			22	15,0%		

	Ukupno	150	100,0%	5,41	1,47	147	100,0%	4,54	1,77
Do sada sam postigao/la najvažnije stvari koje želim u životu	Uopće se ne slažem	3	2,0%			5	3,4%		
	Ne slažem se	7	4,7%			14	9,4%		
	Donekle se slažem	8	5,3%			22	14,8%		
	Niti se slažem, niti se ne slažem	20	13,3%			30	20,1%		
	Donekle se slažem	35	23,3%			28	18,8%		
	Slažem se	39	26,0%			32	21,5%		
	Izrazito se slažem	38	25,3%			18	12,1%		
	Ukupno	150	100,0%	5,31	1,51	149	100,0%	4,54	1,64
Kada bih mogao/la život proživljavati ponovno, ništa ne bih mijenjao/la	Uopće se ne slažem	20	13,3%			13	8,7%		
	Ne slažem se	22	14,7%			21	14,1%		
	Donekle se slažem	11	7,3%			18	12,1%		
	Niti se slažem, niti se ne slažem	13	8,7%			31	20,8%		
	Donekle se slažem	20	13,3%			25	16,8%		
	Slažem se	28	18,7%			24	16,1%		
	Izrazito se slažem	36	24,0%			17	11,4%		
	Ukupno	150	100,0%	4,46	2,17	149	100,0%	4,17	1,82

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanje: „Ja sam zadovoljan/na“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,41, dok standardna devijacija iznosi 1,47.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanje: „Kada bih mogao/la život proživljavati ponovno, ništa ne bih mijenjao/la“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,46, dok standardna devijacija iznosi 2,17.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Do sada sam postigao/la najvažnije stvari koje želim u životu“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,54, dok standardna devijacija iznosi 1,64, zatim „Ja sam zadovoljan/na“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,54, dok standardna devijacija iznosi 1,77.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanje: „Na više načina sam u svom životu došao blizu mog 'idealnog života“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,83, dok standardna devijacija iznosi 1,58.

Tablica 26: Odgovori ispitanika s promatranih lokacija s obzirom na skupinu pitanja iz Multidimenzionalnog upitnika zdravstvenog lokusa kontrole

		Skupina							
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep				DUBROVAČKO PRIMORJE			
		N	%	\bar{x}	Sd	N	%	\bar{x}	Sd
Ako se razbolim, o mojem vlastitom ponašanju će ovisi koliko ću brzo ozdraviti	Uopće se ne slažem	6	4,0%			15	10,1%		
	Gotovo uopće se ne slažem	3	2,0%			20	13,4%		
	Umjereno se ne slažem	17	11,3%			24	16,1%		
	Umjereno se slažem	58	38,7%			40	26,8%		
	Gotovo potpuno se slažem	30	20,0%			29	19,5%		
	Potpuno se slažem	36	24,0%			21	14,1%		
	Ukupno	150	100,0%	4,41	1,25	149	100,0%	3,74	1,52
Bez obzira što poduzimam, ako se trebam razboljeti, razboljet ću se	Uopće se ne slažem	15	10,1%			21	14,1%		
	Gotovo uopće se ne slažem	19	12,8%			18	12,1%		
	Umjereno se ne slažem	28	18,8%			35	23,5%		
	Umjereno se slažem	45	30,2%			37	24,8%		
	Gotovo potpuno se slažem	10	6,7%			18	12,1%		
	Potpuno se slažem	32	21,5%			20	13,4%		
	Ukupno	149	100,0%	3,75	1,58	149	100,0%	3,49	1,55
Redoviti kontakt s liječnikom najbolji je način da izbegnem bolest	Uopće se ne slažem	15	10,0%			10	6,7%		
	Gotovo uopće se ne slažem	2	1,3%			15	10,1%		
	Umjereno se ne slažem	30	20,0%			27	18,1%		
	Umjereno se slažem	50	33,3%			39	26,2%		
	Gotovo potpuno se slažem	28	18,7%			25	16,8%		

	Potpuno se slažem	25	16,7%			33	22,1%		
	Ukupno	150	100,0%	3,99	1,42	149	100,0%	4,03	1,50
Većina stvari koje utječu na moje zdravlje događaju se slučajno	Uopće se ne slažem	34	22,7%			15	10,1%		
	Gotovo uopće se ne slažem	13	8,7%			19	12,8%		
	Umjereno se ne slažem	34	22,7%			40	26,8%		
	Umjereno se slažem	35	23,3%			31	20,8%		
	Gotovo potpuno se slažem	13	8,7%			28	18,8%		
	Potpuno se slažem	21	14,0%			16	10,7%		
	Ukupno	150	100,0%	3,29	1,66	149	100,0%	3,58	1,46
Kad god se ne osjećam dobro, trebao/la bih se konzultirati s nekim zdravstvenim djelatnikom	Uopće se ne slažem	7	4,7%			9	6,0%		
	Gotovo uopće se ne slažem	5	3,3%			11	7,4%		
	Umjereno se ne slažem	18	12,0%			25	16,8%		
	Umjereno se slažem	56	37,3%			37	24,8%		
	Gotovo potpuno se slažem	23	15,3%			32	21,5%		
	Potpuno se slažem	41	27,3%			35	23,5%		
	Ukupno	150	100,0%	4,37	1,34	149	100,0%	4,19	1,46
Sam/a upravljam svojim zdravljem	Uopće se ne slažem	10	6,7%			16	10,8%		
	Gotovo uopće se ne slažem	6	4,0%			18	12,2%		
	Umjereno se ne slažem	20	13,4%			25	16,9%		
	Umjereno se slažem	44	29,5%			46	31,1%		
	Gotovo potpuno se slažem	29	19,5%			22	14,9%		
	Potpuno se slažem	40	26,8%			21	14,2%		
	Ukupno	149	100,0%	4,32	1,44	148	100,0%	3,70	1,51
To da li ću se razboljeti ili ostati zdrav/a mnogo ovisi o mojoj obitelji	Uopće se ne slažem	54	36,2%			42	28,8%		
	Gotovo uopće se ne slažem	27	18,1%			28	19,2%		
	Umjereno se ne slažem	21	14,1%			34	23,3%		
	Umjereno se slažem	24	16,1%			25	17,1%		
	Gotovo potpuno se slažem	10	6,7%			10	6,8%		
	Potpuno se slažem	13	8,7%			7	4,8%		
	Ukupno	149	100,0%	2,65	1,66	146	100,0%	2,68	1,46

Ako se razbolim, ja sam za to kriv/a	Uopće se ne slažem	57	38,3%			43	29,3%		
	Gotovo uopće se ne slažem	20	13,4%			23	15,6%		
	Umjereno se ne slažem	27	18,1%			42	28,6%		
	Umjereno se slažem	33	22,1%			29	19,7%		
	Gotovo potpuno se slažem	6	4,0%			4	2,7%		
	Potpuno se slažem	6	4,0%			6	4,1%		
	Ukupno	149	100,0%	2,52	1,48	147	100,0%	2,63	1,37
Koliko ću se brzo oporaviti od neke bolesti, jako ovisi o sreći	Uopće se ne slažem	29	19,5%			31	21,1%		
	Gotovo uopće se ne slažem	17	11,4%			17	11,6%		
	Umjereno se ne slažem	40	26,8%			38	25,9%		
	Umjereno se slažem	36	24,2%			40	27,2%		
	Gotovo potpuno se slažem	13	8,7%			14	9,5%		
	Potpuno se slažem	14	9,4%			7	4,8%		
	Ukupno	149	100,0%	3,19	1,52	147	100,0%	3,07	1,43
Moje zdravlje ovisi o zdravstvenim djelatnicima	Uopće se ne slažem	15	10,1%			14	9,5%		
	Gotovo uopće se ne slažem	15	10,1%			28	19,0%		
	Umjereno se ne slažem	27	18,1%			39	26,5%		
	Umjereno se slažem	54	36,2%			40	27,2%		
	Gotovo potpuno se slažem	20	13,4%			8	5,4%		
	Potpuno se slažem	18	12,1%			18	12,2%		
	Ukupno	149	100,0%	3,69	1,42	147	100,0%	3,37	1,43
Moje dobro zdravlje zapravo je stvar sreće	Uopće se ne slažem	30	20,3%			35	24,0%		
	Gotovo uopće se ne slažem	9	6,1%			12	8,2%		
	Umjereno se ne slažem	27	18,2%			26	17,8%		
	Umjereno se slažem	47	31,8%			41	28,1%		
	Gotovo potpuno se slažem	14	9,5%			22	15,1%		
	Potpuno se slažem	21	14,2%			10	6,8%		
	Ukupno	148	100,0%	3,47	1,63	146	100,0%	3,23	1,58
	Uopće se ne slažem	10	6,7%			8	5,4%		

Ono što najviše utječe na moje zdravlje je sve ono što sam/a činim	Gotovo uopće se ne slažem	10	6,7%			17	11,6%		
	Umjereno se ne slažem	32	21,5%			42	28,6%		
	Umjereno se slažem	47	31,5%			44	29,9%		
	Gotovo potpuno se slažem	28	18,8%			20	13,6%		
	Potpuno se slažem	22	14,8%			16	10,9%		
	Ukupno	149	100,0%	3,93	1,37	147	100,0%	3,67	1,31
Ako se dobro brinem o sebi, mogu izbjeći bolest	Uopće se ne slažem	16	11,1%			3	2,1%		
	Gotovo uopće se ne slažem	6	4,2%			18	12,3%		
	Umjereno se ne slažem	23	16,0%			41	28,1%		
	Umjereno se slažem	50	34,7%			47	32,2%		
	Gotovo potpuno se slažem	30	20,8%			18	12,3%		
	Potpuno se slažem	19	13,2%			19	13,0%		
Ukupno	144	100,0%	3,90	1,44	146	100,0%	3,79	1,25	
Kada se uspješno oporavim od bolesti, to je obično zato jer su se drugi ljudi (primjerice; liječnici medicinske sestre, obitelj, prijatelji) dobro brinuli o meni	Uopće se ne slažem	1	0,7%			3	2,0%		
	Gotovo uopće se ne slažem	6	4,0%			10	6,8%		
	Umjereno se ne slažem	20	13,4%			26	17,7%		
	Umjereno se slažem	48	32,2%			48	32,7%		
	Gotovo potpuno se slažem	32	21,5%			25	17,0%		
	Potpuno se slažem	42	28,2%			35	23,8%		
Ukupno	149	100,0%	4,54	1,19	147	100,0%	4,27	1,30	
Bez obzira što činim, podložan/na sam raznim oboljenjima	Uopće se ne slažem	56	37,6%			15	10,3%		
	Gotovo uopće se ne slažem	22	14,8%			33	22,6%		
	Umjereno se ne slažem	27	18,1%			49	33,6%		
	Umjereno se slažem	27	18,1%			26	17,8%		
	Gotovo potpuno se slažem	10	6,7%			13	8,9%		
	Potpuno se slažem	7	4,7%			10	6,8%		
Ukupno	149	100,0%	2,56	1,53	146	100,0%	3,13	1,34	
Ako je tako suđeno, ostati ću zdrav/a	Uopće se ne slažem	21	14,2%			14	9,5%		
	Gotovo uopće se ne slažem	13	8,8%			8	5,4%		

	Umjereno se ne slažem	22	14,9%			28	18,9%		
	Umjereno se slažem	45	30,4%			37	25,0%		
	Gotovo potpuno se slažem	12	8,1%			37	25,0%		
	Potpuno se slažem	35	23,6%			24	16,2%		
	Ukupno	148	100,0%	3,80	1,67	148	100,0%	3,99	1,47
Ako poduzimam prave korake, mogu ostati zdrav/a	Uopće se ne slažem	7	4,7%			9	6,1%		
	Gotovo uopće se ne slažem	6	4,1%			25	17,0%		
	Umjereno se ne slažem	18	12,2%			29	19,7%		
	Umjereno se slažem	64	43,2%			43	29,3%		
	Gotovo potpuno se slažem	36	24,3%			18	12,2%		
	Potpuno se slažem	17	11,5%			23	15,6%		
	Ukupno	148	100,0%	4,13	1,19	147	100,0%	3,71	1,45
U vezi moga zdravlja, smijem činiti samo ono što mi liječnik kaže da činem	Uopće se ne slažem	8	5,4%			5	3,4%		
	Gotovo uopće se ne slažem	7	4,7%			15	10,2%		
	Umjereno se ne slažem	30	20,1%			35	23,8%		
	Umjereno se slažem	51	34,2%			53	36,1%		
	Gotovo potpuno se slažem	38	25,5%			12	8,2%		
	Potpuno se slažem	15	10,1%			27	18,4%		
	Ukupno	149	100,0%	4,00	1,24	147	100,0%	3,90	1,33

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Kada se uspješno oporavim od bolesti, to je obično zato jer su se drugi ljudi (primjerice; liječnici medicinske sestre, obitelj, prijatelji) dobro brinuli o meni“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,54, dok standardna devijacija iznosi 1,19, zatim: „Ako se razbolim, o mojem vlastitom ponašanju će ovisi koliko ću brzo ozdraviti“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,41, dok standardna devijacija iznosi 1,25.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Ako se razbolim, ja sam za to kriv/a“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,52, dok standardna devijacija iznosi 1,48, zatim: „Bez obzira sto činim, podložen/na sam raznim oboljenjima“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,56, dok standardna devijacija iznosi 1,53.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Kada se uspješno oporavim od bolesti, to je obično zato jer su se drugi ljudi (primjerice; liječnici medicinske sestre, obitelj, prijatelji) dobro brinuli o meni“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,27, dok standardna devijacija iznosi 1,30, zatim „Kad god se ne osjećam dobro, trebao/la bih se konzultirati s nekim zdravstvenim djelatnikom“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,19, dok standardna devijacija iznosi 1,46.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Ako se razbolim, ja sam za to kriv/a“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,63, dok standardna devijacija iznosi 1,37, zatim „To da li ću se razboljeti ili ostati zdrav/a mnogo ovisi o mojoj obitelji“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,68, dok standardna devijacija iznosi 1,46.

Tablica 27: Odgovori ispitanika sa promatranih lokacija i testiranje putem Hi kvadrat testa - učestalost provođenja određene aktivnosti

		Skupina								p*
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep				DUBROVAČKO PRIMORJE				
		N	%	\bar{x}	Sd	N	%	\bar{x}	Sd	
Sport i tjelovježbu	vrlo rijetko ili nikada	81	54,7%			114	77,6%			0,000
	rijetko	40	27,0%			20	13,6%			
	osrednje često	10	6,8%			10	6,8%			
	često	13	8,8%			2	1,4%			
	izrazito često ili uvijek	4	2,7%			1	0,7%			
	Ukupno	148	100,0%	1,78	1,08	147	100,0%	1,34	,73	

Rekreaciju vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.)	vrlo rijetko ili nikada	73	49,0%			124	84,9%			0,000
	rijetko	26	17,4%			9	6,2%			
	osrednje često	19	12,8%			5	3,4%			
	često	21	14,1%			6	4,1%			
	izrazito često ili uvijek	10	6,7%			2	1,4%			
	Ukupno	149	100,0%	2,12	1,34	146	100,0%	1,31	,84	
Čitanje	vrlo rijetko ili nikada	20	13,4%			42	28,8%			0,018
	rijetko	22	14,8%			24	16,4%			
	osrednje često	53	35,6%			40	27,4%			
	često	37	24,8%			29	19,9%			
	izrazito često ili uvijek	17	11,4%			11	7,5%			
	Ukupno	149	100,0%	3,06	1,18	146	100,0%	2,61	1,29	
TV i kino	vrlo rijetko ili nikada	14	9,4%			26	17,8%			0,000
	rijetko	14	9,4%			18	12,3%			
	osrednje često	19	12,8%			34	23,3%			
	često	41	27,5%			54	37,0%			
	izrazito često ili uvijek	61	40,9%			14	9,6%			
	Ukupno	149	100,0%	3,81	1,32	146	100,0%	3,08	1,26	
Vrijeme s obitelji i prijateljima	vrlo rijetko ili nikada	0	0,0%			7	4,8%			0,060
	rijetko	6	4,0%			8	5,5%			
	osrednje često	39	26,2%			43	29,5%			
	često	60	40,3%			54	37,0%			
	izrazito često ili uvijek	44	29,5%			34	23,3%			
	Ukupno	149	100,0%	3,95	,85	146	100,0%	3,68	1,04	
Umjetnost i obrt	vrlo rijetko ili nikada	84	57,5%			109	75,2%			0,026
	rijetko	15	10,3%			11	7,6%			
	osrednje često	18	12,3%			11	7,6%			
	često	18	12,3%			10	6,9%			
	izrazito često ili uvijek	11	7,5%			4	2,8%			
	Ukupno	146	100,0%	2,02	1,37	145	100,0%	1,54	1,07	

Hobiji	vrlo rijetko ili nikada	55	37,4%			83	56,8%			0,000
	rijetko	10	6,8%			21	14,4%			
	osrednje često	30	20,4%			15	10,3%			
	često	27	18,4%			18	12,3%			
	izrazito često ili uvijek	25	17,0%			9	6,2%			
	Ukupno	147	100,0%	2,71	1,54	146	100,0%	1,97	1,32	
Kartanje i društvene igrice	vrlo rijetko ili nikada	95	63,8%			100	68,0%			0,209
	rijetko	17	11,4%			23	15,6%			
	osrednje često	19	12,8%			16	10,9%			
	često	10	6,7%			6	4,1%			
	izrazito često ili uvijek	8	5,4%			2	1,4%			
	Ukupno	149	100,0%	1,79	1,22	147	100,0%	1,55	,94	
Vino, hrana, kuhanje	vrlo rijetko ili nikada	11	7,4%			31	20,9%			0,000
	rijetko	5	3,4%			25	16,9%			
	osrednje često	32	21,6%			41	27,7%			
	često	45	30,4%			31	20,9%			
	izrazito često ili uvijek	55	37,2%			20	13,5%			
	Ukupno	148	100,0%	3,86	1,18	148	100,0%	2,89	1,33	
Staranje i slušanje glazbe	vrlo rijetko ili nikada	30	20,1%			99	67,8%			0,000
	rijetko	22	14,8%			21	14,4%			
	osrednje često	43	28,9%			12	8,2%			
	često	35	23,5%			13	8,9%			
	izrazito često ili uvijek	19	12,8%			1	0,7%			
	Ukupno	149	100,0%	2,94	1,31	146	100,0%	1,60	1,01	
Vrtlarstvo	vrlo rijetko ili nikada	22	14,8%			35	23,5%			0,001
	rijetko	15	10,1%			14	9,4%			
	osrednje često	16	10,7%			20	13,4%			
	često	28	18,8%			46	30,9%			
	izrazito često ili uvijek	68	45,6%			34	22,8%			
	Ukupno	149	100,0%	3,70	1,49	149	100,0%	3,20	1,49	

Putovanja	vrlo rijetko ili nikada	56	37,6%			102	68,9%			0,000
	rijetko	45	30,2%			16	10,8%			
	osrednje često	22	14,8%			17	11,5%			
	često	15	10,1%			9	6,1%			
	izrazito često ili uvijek	11	7,4%			4	2,7%			
	Ukupno	149	100,0%	2,19	1,25	148	100,0%	1,63	1,08	
Računarstvo i igranje računalnih igara	vrlo rijetko ili nikada	126	85,7%			136	92,5%			0,206
	rijetko	8	5,4%			5	3,4%			
	osrednje često	4	2,7%			4	2,7%			
	često	7	4,8%			1	0,7%			
	izrazito često ili uvijek	2	1,4%			1	0,7%			
	Ukupno	147	100,0%	1,31	,85	147	100,0%	1,14	,54	
Vjerske obveze	vrlo rijetko ili nikada	24	16,2%			32	21,5%			0,632
	rijetko	21	14,2%			16	10,7%			
	osrednje često	29	19,6%			27	18,1%			
	često	39	26,4%			44	29,5%			
	izrazito često ili uvijek	35	23,6%			30	20,1%			
	Ukupno	148	100,0%	3,27	1,39	149	100,0%	3,16	1,43	
Ostalo	vrlo rijetko ili nikada	37	26,6%			55	41,4%			0,004
	rijetko	27	19,4%			24	18,0%			
	osrednje često	44	31,7%			32	24,1%			
	često	10	7,2%			16	12,0%			
	izrazito često ili uvijek	21	15,1%			6	4,5%			
	Ukupno	139	100,0%	2,65	1,35	133	100,0%	2,20	1,23	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Vrijeme s obitelji i prijateljima“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,95, dok standardna devijacija iznosi 0,85, zatim „Vino,

hrana, kuhanje“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,86, dok standardna devijacija iznosi 1,18.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Računarstvo i igranje računalnih igara“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,31, dok standardna devijacija iznosi 0,85, zatim „Sport i tjelovježbu“ gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,78, dok standardna devijacija iznosi 1,08.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Vrijeme s obitelji i prijateljima“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,68, dok standardna devijacija iznosi 1,04, zatim „Vrtlarstvo“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,20, dok standardna devijacija iznosi 1,49.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Računarstvo i igranje računalnih igara“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,14, dok standardna devijacija iznosi 0,54, zatim „Rekreacija vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.)“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,31, dok standardna devijacija iznosi 0,84.

Statistički značajna razlika između Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačkog primorja nije uočena ($p > 0,05$) kod pitanja: „Vrijeme s obitelji i prijateljima, kartanje i društvene igrice, računarstvo i igranje računalnih igara, vjerske obveze“. Odgovori na sva ostala pitanja značajno se razlikuju kod promatranih skupina.

Tablica 28: Odgovori s obzirom na spol ispitanika na ukupnom uzorku i testiranje putem Hi kvadrat testa - učestalost provođenja određene aktivnosti

		Spol				p*
		muško		žensko		
		N	%	N	%	
Sport i tjelovježbu	vrlo rijetko ili nikada	78	61,4%	117	69,6%	0,254
	rijetko	26	20,5%	34	20,2%	
	osrednje često	11	8,7%	9	5,4%	
	često	8	6,3%	7	4,2%	
	izrazito često ili uvijek	4	3,1%	1	0,6%	
	Ukupno	127	100,0%	168	100,0%	
Rekreaciju vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.)	vrlo rijetko ili nikada	82	64,6%	115	68,5%	0,165
	rijetko	15	11,8%	20	11,9%	
	osrednje često	7	5,5%	17	10,1%	
	često	15	11,8%	12	7,1%	
	izrazito često ili uvijek	8	6,3%	4	2,4%	
	Ukupno	127	100,0%	168	100,0%	
Čitanje	vrlo rijetko ili nikada	25	19,7%	37	22,0%	0,584
	rijetko	24	18,9%	22	13,1%	
	osrednje često	38	29,9%	55	32,7%	
	često	26	20,5%	40	23,8%	
	izrazito često ili uvijek	14	11,0%	14	8,3%	
	Ukupno	127	100,0%	168	100,0%	
TV i kino	vrlo rijetko ili nikada	17	13,4%	23	13,7%	0,322
	rijetko	14	11,0%	18	10,7%	
	osrednje često	26	20,5%	27	16,1%	
	često	33	26,0%	62	36,9%	
	izrazito često ili uvijek	37	29,1%	38	22,6%	
	Ukupno	127	100,0%	168	100,0%	
Vrijeme s obitelji i prijateljima	vrlo rijetko ili nikada	2	1,6%	5	3,0%	0,761
	rijetko	6	4,7%	8	4,8%	
	osrednje često	38	29,9%	44	26,2%	
	često	45	35,4%	69	41,1%	
	izrazito često ili uvijek	36	28,3%	42	25,0%	
	Ukupno	127	100,0%	168	100,0%	
Umjetnost i obrt	vrlo rijetko ili nikada	71	55,9%	122	74,4%	0,002
	rijetko	10	7,9%	16	9,8%	
	osrednje često	17	13,4%	12	7,3%	
	često	20	15,7%	8	4,9%	
	izrazito često ili uvijek	9	7,1%	6	3,7%	
	Ukupno	127	100,0%	168	100,0%	

	Ukupno	127	100,0%	164	100,0%	
Hobiji	vrlo rijetko ili nikada	55	43,3%	83	50,0%	0,108
	rijetko	10	7,9%	21	12,7%	
	osrednje često	18	14,2%	27	16,3%	
	često	24	18,9%	21	12,7%	
	izrazito često ili uvijek	20	15,7%	14	8,4%	
	Ukupno	127	100,0%	166	100,0%	
Kartanje i društvene igrice	vrlo rijetko ili nikada	68	53,1%	127	75,6%	0,000
	rijetko	18	14,1%	22	13,1%	
	osrednje često	25	19,5%	10	6,0%	
	često	10	7,8%	6	3,6%	
	izrazito često ili uvijek	7	5,5%	3	1,8%	
	Ukupno	128	100,0%	168	100,0%	
Vino, hrana, kuhanje	vrlo rijetko ili nikada	26	20,2%	16	9,6%	0,146
	rijetko	13	10,1%	17	10,2%	
	osrednje često	29	22,5%	44	26,3%	
	često	31	24,0%	45	26,9%	
	izrazito često ili uvijek	30	23,3%	45	26,9%	
	Ukupno	129	100,0%	167	100,0%	
Staranje i slušanje glazbe	vrlo rijetko ili nikada	55	43,0%	74	44,3%	0,628
	rijetko	17	13,3%	26	15,6%	
	osrednje često	24	18,8%	31	18,6%	
	često	20	15,6%	28	16,8%	
	izrazito često ili uvijek	12	9,4%	8	4,8%	
	Ukupno	128	100,0%	167	100,0%	
Vrtlarstvo	vrlo rijetko ili nikada	25	19,4%	32	18,9%	0,835
	rijetko	14	10,9%	15	8,9%	
	osrednje često	17	13,2%	19	11,2%	
	često	28	21,7%	46	27,2%	
	izrazito često ili uvijek	45	34,9%	57	33,7%	
	Ukupno	129	100,0%	169	100,0%	
Putovanja	vrlo rijetko ili nikada	67	51,9%	91	54,2%	0,237
	rijetko	21	16,3%	40	23,8%	
	osrednje često	21	16,3%	18	10,7%	
	često	11	8,5%	13	7,7%	
	izrazito često ili uvijek	9	7,0%	6	3,6%	
	Ukupno	129	100,0%	168	100,0%	
Računarstvo i igranje računarnih igara	vrlo rijetko ili nikada	113	88,3%	149	89,8%	0,301
	rijetko	9	7,0%	4	2,4%	
	osrednje često	3	2,3%	5	3,0%	
	često	2	1,6%	6	3,6%	
	izrazito često ili uvijek	1	0,8%	2	1,2%	

	Ukupno	128	100,0%	166	100,0%	
Vjerske obveze	vrlo rijetko ili nikada	33	25,6%	23	13,7%	0,048
	rijetko	19	14,7%	18	10,7%	
	osrednje često	19	14,7%	37	22,0%	
	često	33	25,6%	50	29,8%	
	izrazito često ili uvijek	25	19,4%	40	23,8%	
	Ukupno	129	100,0%	168	100,0%	
Ostalo	vrlo rijetko ili nikada	37	31,1%	55	35,9%	0,122
	rijetko	21	17,6%	30	19,6%	
	osrednje često	34	28,6%	42	27,5%	
	često	9	7,6%	17	11,1%	
	izrazito često ili uvijek	18	15,1%	9	5,9%	
	Ukupno	119	100,0%	153	100,0%	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „Umjetnost i obrt, kartanje i društvene igrice, vjerske obveze“ 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 promatrane pokazatelje s obzirom na spol ispitanika. Pri čemu je kod žena manja učestalost za „Umjetnost i obrt“ i „Kartanje“, ali je učestalije posvećivanje vjerskim obvezama. Analiza je provedena na cjelokupnom uzorku ispitanika.

Tablica 29: Odgovori s obzirom na spol ispitanika (Elafitski otoci) i testiranje putem Hi kvadrat testa - učestalost provođenja određene aktivnosti

		Spol				p*
		muško		žensko		
		N	%	N	%	0,149
Sport i tjelovježbu	vrlo rijetko ili nikada	36	52,9%	45	56,2%	
	rijetko	16	23,5%	24	30,0%	
	osrednje često	4	5,9%	6	7,5%	
	često	8	11,8%	5	6,2%	
	izrazito često ili uvijek	4	5,9%	0	0,0%	
	Ukupno	68	100,0%	80	100,0%	
Rekreaciju vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.)	vrlo rijetko ili nikada	32	47,1%	41	50,6%	0,062
	rijetko	11	16,2%	15	18,5%	
	osrednje često	5	7,4%	14	17,3%	

	često	12	17,6%	9	11,1%	
	izrazito često ili uvijek	8	11,8%	2	2,5%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
Čitanje	vrlo rijetko ili nikada	9	13,2%	11	13,6%	0,411
	rijetko	13	19,1%	9	11,1%	
	osrednje često	21	30,9%	32	39,5%	
	često	15	22,1%	22	27,2%	
	izrazito često ili uvijek	10	14,7%	7	8,6%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
TV i kino	vrlo rijetko ili nikada	8	11,8%	6	7,4%	0,378
	rijetko	6	8,8%	8	9,9%	
	osrednje često	11	16,2%	8	9,9%	
	često	14	20,6%	27	33,3%	
	izrazito često ili uvijek	29	42,6%	32	39,5%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
Vrijeme s obitelji i prijateljima	vrlo rijetko ili nikada	0	0,0%	0	0,0%	0,137
	rijetko	2	2,9%	4	4,9%	
	osrednje često	18	26,5%	21	25,9%	
	često	22	32,4%	38	46,9%	
	izrazito često ili uvijek	26	38,2%	18	22,2%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
Umjetnost i obrt	vrlo rijetko ili nikada	31	45,6%	53	67,9%	0,027
	rijetko	6	8,8%	9	11,5%	
	osrednje često	11	16,2%	7	9,0%	
	često	13	19,1%	5	6,4%	
	izrazito često ili uvijek	7	10,3%	4	5,1%	
	Ukupno	68	100,0%	78	100,0%	
Hobiji	vrlo rijetko ili nikada	23	33,8%	32	40,5%	0,061
	rijetko	3	4,4%	7	8,9%	
	osrednje često	10	14,7%	20	25,3%	
	često	18	26,5%	9	11,4%	
	izrazito često ili uvijek	14	20,6%	11	13,9%	
	Ukupno	68	100,0%	79	100,0%	
Kartanje i društvene igrice	vrlo rijetko ili nikada	35	51,5%	60	74,1%	0,001
	rijetko	5	7,4%	12	14,8%	
	osrednje često	14	20,6%	5	6,2%	
	često	8	11,8%	2	2,5%	
	izrazito često ili uvijek	6	8,8%	2	2,5%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
Vino, hrana, kuhanje	vrlo rijetko ili nikada	9	13,2%	2	2,5%	0,079
	rijetko	3	4,4%	2	2,5%	
	osrednje često	11	16,2%	21	26,2%	

	često	22	32,4%	23	28,8%	
	izrazito često ili uvijek	23	33,8%	32	40,0%	
	Ukupno	68	100,0%	80	100,0%	
Staranje i slušanje glazbe	vrlo rijetko ili nikada	13	19,1%	17	21,0%	0,820
	rijetko	9	13,2%	13	16,0%	
	osrednje često	20	29,4%	23	28,4%	
	često	15	22,1%	20	24,7%	
	izrazito često ili uvijek	11	16,2%	8	9,9%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
Vrtlarstvo	vrlo rijetko ili nikada	12	17,6%	10	12,3%	0,054
	rijetko	5	7,4%	10	12,3%	
	osrednje često	12	17,6%	4	4,9%	
	često	9	13,2%	19	23,5%	
	izrazito često ili uvijek	30	44,1%	38	46,9%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
Putovanja	vrlo rijetko ili nikada	27	39,7%	29	35,8%	0,262
	rijetko	16	23,5%	29	35,8%	
	osrednje često	10	14,7%	12	14,8%	
	često	7	10,3%	8	9,9%	
	izrazito često ili uvijek	8	11,8%	3	3,7%	
	Ukupno	68	100,0%	81	100,0%	
Računarstvo i igranje računalnih igara	vrlo rijetko ili nikada	58	85,3%	68	86,1%	0,369
	rijetko	6	8,8%	2	2,5%	
	osrednje često	1	1,5%	3	3,8%	
	često	2	2,9%	5	6,3%	
	izrazito često ili uvijek	1	1,5%	1	1,3%	
	Ukupno	68	100,0%	79	100,0%	
Vjerske obveze	vrlo rijetko ili nikada	12	17,6%	12	15,0%	0,600
	rijetko	12	17,6%	9	11,2%	
	osrednje često	10	14,7%	19	23,8%	
	često	18	26,5%	21	26,2%	
	izrazito često ili uvijek	16	23,5%	19	23,8%	
	Ukupno	68	100,0%	80	100,0%	
Ostalo	vrlo rijetko ili nikada	15	24,2%	22	28,6%	0,466
	rijetko	9	14,5%	18	23,4%	
	osrednje često	22	35,5%	22	28,6%	
	često	4	6,5%	6	7,8%	
	izrazito često ili uvijek	12	19,4%	9	11,7%	
	Ukupno	62	100,0%	77	100,0%	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „Umjetnost i obrt, kartanje i društvene igrice“, 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 promatrane pokazatelje s obzirom na spol ispitanika, pri čemu je kod žena značajno manja učestalost za „Umjetnost i obrt“ i „Kartanje“.

Tablica 30: Odgovori s obzirom na spol ispitanika (Dubrovačko primorje) i testiranje putem Hi kvadrat testa - učestalost provođenja određene aktivnosti

		Spol				p*
		muško		žensko		
		N	%	N	%	
Sport i tjelovježbu	vrlo rijetko ili nikada	42	71,2%	72	81,8%	0,133
	rijetko	10	16,9%	10	11,4%	
	osrednje često	7	11,9%	3	3,4%	
	često	0	0,0%	2	2,3%	
	izrazito često ili uvijek	0	0,0%	1	1,1%	
	Ukupno	59	100,0%	88	100,0%	
Rekreaciju vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.)	vrlo rijetko ili nikada	50	84,7%	74	85,1%	0,800
	rijetko	4	6,8%	5	5,7%	
	osrednje često	2	3,4%	3	3,4%	
	često	3	5,1%	3	3,4%	
	izrazito često ili uvijek	0	0,0%	2	2,3%	
	Ukupno	59	100,0%	87	100,0%	
Čitanje	vrlo rijetko ili nikada	16	27,1%	26	29,9%	0,962
	rijetko	11	18,6%	13	14,9%	
	osrednje često	17	28,8%	23	26,4%	
	često	11	18,6%	18	20,7%	
	izrazito često ili uvijek	4	6,8%	7	8,0%	
	Ukupno	59	100,0%	87	100,0%	
TV i kino	vrlo rijetko ili nikada	9	15,3%	17	19,5%	0,572
	rijetko	8	13,6%	10	11,5%	
	osrednje često	15	25,4%	19	21,8%	
	često	19	32,2%	35	40,2%	
	izrazito često ili uvijek	8	13,6%	6	6,9%	
	Ukupno	59	100,0%	87	100,0%	
Vrijeme s obitelji i prijateljima	vrlo rijetko ili nikada	2	3,4%	5	5,7%	0,526
	rijetko	4	6,8%	4	4,6%	
	osrednje često	20	33,9%	23	26,4%	
	često	23	39,0%	31	35,6%	

	izrazito često ili uvijek	10	16,9%	24	27,6%	
	Ukupno	59	100,0%	87	100,0%	
Umjetnost i obrt	vrlo rijetko ili nikada	40	67,8%	69	80,2%	0,250
	rijetko	4	6,8%	7	8,1%	
	osrednje često	6	10,2%	5	5,8%	
	često	7	11,9%	3	3,5%	
	izrazito često ili uvijek	2	3,4%	2	2,3%	
	Ukupno	59	100,0%	86	100,0%	
Hobiji	vrlo rijetko ili nikada	32	54,2%	51	58,6%	0,337
	rijetko	7	11,9%	14	16,1%	
	osrednje često	8	13,6%	7	8,0%	
	često	6	10,2%	12	13,8%	
	izrazito često ili uvijek	6	10,2%	3	3,4%	
	Ukupno	59	100,0%	87	100,0%	
Kartanje i društvene igrice	vrlo rijetko ili nikada	33	55,0%	67	77,0%	0,036
	rijetko	13	21,7%	10	11,5%	
	osrednje često	11	18,3%	5	5,7%	
	često	2	3,3%	4	4,6%	
	izrazito često ili uvijek	1	1,7%	1	1,1%	
	Ukupno	60	100,0%	87	100,0%	
Vino, hrana, kuhanje	vrlo rijetko ili nikada	17	27,9%	14	16,1%	0,316
	rijetko	10	16,4%	15	17,2%	
	osrednje često	18	29,5%	23	26,4%	
	često	9	14,8%	22	25,3%	
	izrazito često ili uvijek	7	11,5%	13	14,9%	
	Ukupno	61	100,0%	87	100,0%	
Stvaranje i slušanje glazbe	vrlo rijetko ili nikada	42	70,0%	57	66,3%	0,751
	rijetko	8	13,3%	13	15,1%	
	osrednje često	4	6,7%	8	9,3%	
	često	5	8,3%	8	9,3%	
	izrazito često ili uvijek	1	1,7%	0	0,0%	
	Ukupno	60	100,0%	86	100,0%	
Vrtlarstvo	vrlo rijetko ili nikada	13	21,3%	22	25,0%	0,230
	rijetko	9	14,8%	5	5,7%	
	osrednje često	5	8,2%	15	17,0%	
	često	19	31,1%	27	30,7%	
	izrazito često ili uvijek	15	24,6%	19	21,6%	
	Ukupno	61	100,0%	88	100,0%	
Putovanja	vrlo rijetko ili nikada	40	65,6%	62	71,3%	0,270
	rijetko	5	8,2%	11	12,6%	
	osrednje često	11	18,0%	6	6,9%	
	često	4	6,6%	5	5,7%	

	izrazito često ili uvijek	1	1,6%	3	3,4%	
	Ukupno	61	100,0%	87	100,0%	
Računarstvo i igranje računalnih igara	vrlo rijetko ili nikada	55	91,7%	81	93,1%	0,683
	rijetko	3	5,0%	2	2,3%	
	osrednje često	2	3,3%	2	2,3%	
	često	0	0,0%	1	1,1%	
	izrazito često ili uvijek	0	0,0%	1	1,1%	
	Ukupno	60	100,0%	87	100,0%	
Vjerske obveze	vrlo rijetko ili nikada	21	34,4%	11	12,5%	0,025
	rijetko	7	11,5%	9	10,2%	
	osrednje često	9	14,8%	18	20,5%	
	često	15	24,6%	29	33,0%	
	izrazito često ili uvijek	9	14,8%	21	23,9%	
	Ukupno	61	100,0%	88	100,0%	
Ostalo	vrlo rijetko ili nikada	22	38,6%	33	43,4%	0,041
	rijetko	12	21,1%	12	15,8%	
	osrednje često	12	21,1%	20	26,3%	
	često	5	8,8%	11	14,5%	
	izrazito često ili uvijek	6	10,5%	0	0,0%	
	Ukupno	57	100,0%	76	100,0%	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za *kartanje i društvene igrice*, *vjerske obveze i ostalo* 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 promatrane pokazatelje s obzirom na spol ispitanika. Pri čemu je kod žena manja učestalost za umjetnost i obrt i ostalo, ali je kod žena učestalije posvećivanje vjerskim obvezama

Dakle, gledajući komparativno, značajna razlika (veća učestalost) u vjerskim obvezama i ostalim aktivnostima zabilježena je kod ženskih ispitanika iz Primorja, dok je kod muških ispitanika s otoka u većoj mjeri zabilježena umjetnost i obrt ,kao aktivnosti s kojima se dominantnije bave.

Tablica 31: Odgovori ispitanika s obzirom na promatrane skupine i testiranje putem Hi kvadrat testa s obzirom na skupinu pitanja o važnosti korištenja slobodnog vremena po kategorijama

		Skupina								p*
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep				DUBROVAČKO PRIMORJE				
		N	%	\bar{x}	Sd	N	%	\bar{x}	Sd	
										0,475
Jačanje obiteljskih odnosa	posve nevažno	8	5,4%			13	8,8%			0,022
	od male važnosti	7	4,8%			9	6,1%			
	srednje važno	26	17,7%			24	16,2%			
	vrlo važno	48	32,7%			56	37,8%			
	najvažnije	58	39,5%			46	31,1%			
	Ukupno	147	100,0%	3,96	1,12	148	100,0%	3,76	1,21	
Tjelesno vježbanje i zdravlje	posve nevažno	37	25,0%			54	37,2%			0,000
	od male važnosti	20	13,5%			28	19,3%			
	srednje važno	37	25,0%			28	19,3%			
	vrlo važno	38	25,7%			29	20,0%			
	najvažnije	16	10,8%			6	4,1%			
	Ukupno	148	100,0%	2,84	1,35	145	100,0%	2,34	1,28	
„Izoštavanje“ moga uma, intelektualna radoznalost	posve nevažno	13	8,8%			51	34,9%			0,312
	od male važnosti	15	10,2%			25	17,1%			
	srednje važno	47	32,0%			42	28,8%			
	vrlo važno	62	42,2%			22	15,1%			
	najvažnije	10	6,8%			6	4,1%			
	Ukupno	147	100,0%	3,28	1,04	146	100,0%	2,36	1,22	
Imanje duhovnog života	posve nevažno	12	8,2%			18	12,3%			0,000
	od male važnosti	24	16,4%			20	13,7%			
	srednje važno	42	28,8%			35	24,0%			
	vrlo važno	40	27,4%			52	35,6%			
	najvažnije	28	19,2%			21	14,4%			
	Ukupno	146	100,0%	3,33	1,20	146	100,0%	3,26	1,23	
Razvijanje vlastite kreativnosti	posve nevažno	16	10,9%			59	41,0%			0,000
	od male važnosti	33	22,4%			26	18,1%			
	srednje važno	49	33,3%			29	20,1%			
	vrlo važno	36	24,5%			26	18,1%			
	najvažnije	13	8,8%			4	2,8%			
	Ukupno	147	100,0%	2,98	1,13	144	100,0%	2,24	1,24	
Pronalazak novih prijatelja i širenje vlastite socijalne mreže	posve nevažno	20	13,6%			69	46,9%			0,000
	od male važnosti	39	26,5%			25	17,0%			

	srednje važno	50	34,0%			30	20,4%			
	vrlo važno	26	17,7%			17	11,6%			
	najvažnije	12	8,2%			6	4,1%			
	Ukupno	147	100,0%	2,80	1,13	147	100,0%	2,09	1,23	
Učenje o novim idejama	posve nevažno	20	13,6%			76	51,7%			0,000
	od male važnosti	42	28,6%			25	17,0%			
	srednje važno	40	27,2%			30	20,4%			
	vrlo važno	36	24,5%			13	8,8%			
	najvažnije	9	6,1%			3	2,0%			
	Ukupno	147	100,0%	2,81	1,14	147	100,0%	1,93	1,12	
Podrška zaštiti okoliša i naporima zajednice	posve nevažno	21	14,3%			69	47,9%			0,000
	od male važnosti	29	19,7%			16	11,1%			
	srednje važno	33	22,4%			30	20,8%			
	vrlo važno	43	29,3%			24	16,7%			
	najvažnije	21	14,3%			5	3,5%			
	Ukupno	147	100,0%	3,10	1,28	144	100,0%	2,17	1,28	
Biti uključen u zajednička nastojanja zajednice	posve nevažno	33	22,4%			64	43,8%			0,002
	od male važnosti	25	17,0%			15	10,3%			
	srednje važno	47	32,0%			34	23,3%			
	vrlo važno	36	24,5%			25	17,1%			
	najvažnije	6	4,1%			8	5,5%			
	Ukupno	147	100,0%	2,71	1,18	146	100,0%	2,30	1,33	
Volontiranje u svojoj zajednici	posve nevažno	62	42,8%			88	59,9%			0,048
	od male važnosti	30	20,7%			23	15,6%			
	srednje važno	28	19,3%			17	11,6%			
	vrlo važno	17	11,7%			15	10,2%			
	najvažnije	8	5,5%			4	2,7%			
	Ukupno	145	100,0%	2,17	1,25	147	100,0%	1,80	1,16	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „Tjelesno vježbanje i zdravlje, „Izoštavanje“ moga uma, intelektualna radoznalost, razvijanje vlastite kreativnosti, pronalazak novih prijatelja i širenje vlastite socijalne mreže, učenje o novim idejama, podrška zaštiti okoliša i naporima zajednice, biti uključen u zajednička nastojanja zajednice, volontiranje u svojoj zajednici“, 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

promatrane pokazatelje kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje).

Tablica 32: Odgovori ispitanika s obzirom na promatrane skupine i testiranje putem Hi kvadrat testa s obzirom na skalu Optimizma - Pesimizma

		Skupina							
		ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep				DUBROVAČKO PRIMORJE			
		N	%	\bar{x}	Sd	N	%	\bar{x}	Sd
Ne treba postavljati visoke ciljeve jer se obično razočarate	uopće se ne odnosi na mene	46	31,1%			55	36,9%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	32	21,6%			19	12,8%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	37	25,0%			33	22,1%		
	uglavnom se odnosi na mene	15	10,1%			31	20,8%		
	u potpunosti se odnosi na mene	18	12,2%			11	7,4%		
	Ukupno	148	100,0%	2,51	1,35	149	100,0%	2,49	1,36
U nesigurnim vremenima obično očekujem najbolje	uopće se ne odnosi na mene	21	14,3%			23	15,5%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	12	8,2%			33	22,3%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	36	24,5%			34	23,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	56	38,1%			48	32,4%		
	u potpunosti se odnosi na mene	22	15,0%			10	6,8%		
	Ukupno	147	100,0%	3,31	1,24	148	100,0%	2,93	1,20
Rijetko očekujem da će se dogoditi nešto dobro	uopće se ne odnosi na mene	43	29,1%			33	22,3%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	38	25,7%			38	25,7%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	46	31,1%			40	27,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	15	10,1%			30	20,3%		

	u potpunosti se odnosi na mene	6	4,1%			7	4,7%		
	Ukupno	148	100,0%	2,34	1,12	148	100,0%	2,59	1,18
Ako nešto može krenuti po zlu, krenuti će	uopće se ne odnosi na mene	31	21,1%			24	16,3%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	30	20,4%			26	17,7%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	49	33,3%			40	27,2%		
	uglavnom se odnosi na mene	27	18,4%			42	28,6%		
	u potpunosti se odnosi na mene	10	6,8%			15	10,2%		
	Ukupno	147	100,0%	2,69	1,19	147	100,0%	2,99	1,24
Stvari uvijek gledam s vedrije strane	uopće se ne odnosi na mene	6	4,1%			21	14,1%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	9	6,2%			13	8,7%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	13	8,9%			26	17,4%		
	uglavnom se odnosi na mene	73	50,0%			55	36,9%		
	u potpunosti se odnosi na mene	45	30,8%			34	22,8%		
	Ukupno	146	100,0%	3,97	1,01	149	100,0%	3,46	1,32
Uvijek sam optimističan/a glede svoje budućnosti	uopće se ne odnosi na mene	12	8,2%			18	12,2%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	9	6,1%			21	14,2%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	18	12,2%			25	16,9%		
	uglavnom se odnosi na mene	61	41,5%			59	39,9%		
	u potpunosti se odnosi na mene	47	32,0%			25	16,9%		
	Ukupno	147	100,0%	3,83	1,18	148	100,0%	3,35	1,26
Nikada ne očekujem kako će se nešto odvijati meni u prilog	uopće se ne odnosi na mene	39	26,5%			31	21,2%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	31	21,1%			42	28,8%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	49	33,3%			39	26,7%		

	uglavnom se odnosi na mene	19	12,9%			22	15,1%		
	u potpunosti se odnosi na mene	9	6,1%			12	8,2%		
	Ukupno	147	100,0%	2,51	1,19	146	100,0%	2,60	1,21
Kada započnem nešto novo, očekujem uspjeh	uopće se ne odnosi na mene	9	6,1%			26	17,7%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	8	5,4%			9	6,1%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	22	15,0%			38	25,9%		
	uglavnom se odnosi na mene	60	40,8%			51	34,7%		
	u potpunosti se odnosi na mene	48	32,7%			23	15,6%		
	Ukupno	147	100,0%	3,88	1,11	147	100,0%	3,24	1,30
Stvari se nikada ne odvijaju kako želim	uopće se ne odnosi na mene	40	27,4%			31	20,9%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	38	26,0%			44	29,7%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	38	26,0%			45	30,4%		
	uglavnom se odnosi na mene	21	14,4%			20	13,5%		
	u potpunosti se odnosi na mene	9	6,2%			8	5,4%		
	Ukupno	146	100,0%	2,46	1,21	148	100,0%	2,53	1,13
Kada nešto odlučim, prilično sam siguran/na kako će se loše završiti	uopće se ne odnosi na mene	57	39,0%			42	28,6%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	39	26,7%			39	26,5%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	33	22,6%			34	23,1%		
	uglavnom se odnosi na mene	12	8,2%			24	16,3%		
	u potpunosti se odnosi na mene	5	3,4%			8	5,4%		
	Ukupno	146	100,0%	2,10	1,12	147	100,0%	2,44	1,22
Kada nešto odlučim napraviti, uvijek pronađem	uopće se ne odnosi na mene	2	1,4%			17	11,6%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	6	4,1%			20	13,7%		

odgovarajući način	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	18	12,3%			26	17,8%		
	uglavnom se odnosi na mene	77	52,7%			60	41,1%		
	u potpunosti se odnosi na mene	43	29,5%			23	15,8%		
	Ukupno	146	100,0%	4,05	,84	146	100,0%	3,36	1,24
Rijetko računam na to da će mi se dogoditi dobre stvari	uopće se ne odnosi na mene	51	34,7%			33	22,8%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	35	23,8%			43	29,7%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	34	23,1%			36	24,8%		
	uglavnom se odnosi na mene	22	15,0%			25	17,2%		
	u potpunosti se odnosi na mene	5	3,4%			8	5,5%		
	Ukupno	147	100,0%	2,29	1,19	145	100,0%	2,53	1,18
Bolje je očekivati neuspjeh: manje vas potrese kada se zaista dogodi	uopće se ne odnosi na mene	27	18,4%			35	23,6%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	26	17,7%			23	15,5%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	58	39,5%			41	27,7%		
	uglavnom se odnosi na mene	30	20,4%			37	25,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	6	4,1%			12	8,1%		
	Ukupno	147	100,0%	2,74	1,10	148	100,0%	2,78	1,28
Općenito gledajući, stvari uvijek ispadnu dobro	uopće se ne odnosi na mene	3	2,0%			18	12,2%		
	uglavnom se ne odnosi na mene	7	4,8%			17	11,5%		
	niti se ne odnosi, niti odnosi na mene	32	21,8%			37	25,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	68	46,3%			44	29,7%		
	u potpunosti se odnosi na mene	37	25,2%			32	21,6%		
	Ukupno	147	100,0%	3,88	,91	148	100,0%	3,37	1,28

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Kada nešto odlučim napraviti, uvijek pronađem odgovarajući način“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,05, dok standardna devijacija iznosi 0,84, zatim „Stvari uvijek gledam s vedrije strane“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,97, dok standardna devijacija iznosi 1,01.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Kada nešto odlučim, prilično sam siguran/na kako će se loše završiti“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,10, dok standardna devijacija iznosi 1,12, zatim „Rijetko računam na to da će mi se dogoditi dobre stvari“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,29, dok standardna devijacija iznosi 1,19.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Stvari uvijek gledam s vedrije strane“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,46, dok standardna devijacija iznosi 1,32, zatim „Općenito gledajući, stvari uvijek ispadnu dobro“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,37, dok standardna devijacija iznosi 1,28.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za pitanja: „Kada nešto odlučim, prilično sam siguran/na kako će se loše završiti“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,44, dok standardna devijacija iznosi 1,22, zatim „Ne treba postavljati visoke ciljeve jer se obično razočarate“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,49, dok standardna devijacija iznosi 1,36.

Nadalje, na sljedećim će stranicama biti provedeno testiranje za promatrane skale u upitniku između promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje) kako bi se uočile značajne razlike između promatranih lokacija.

Tablica 33: Prosječni pokazatelji kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na promatrane lokacije

	Skupina	N	\bar{x}	Sd
Fizičko zdravlje	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	150	62,3135	19,89386
	DUBROVAČKO PRIMORJE	148	50,3861	21,55338
Psihičko zdravlje	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	70,0559	17,26697
	DUBROVAČKO PRIMORJE	149	57,6230	20,85638
Društveni odnosi	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	58,2774	19,03245
	DUBROVAČKO PRIMORJE	149	57,6342	20,80743
Utjecaj okoline	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	150	64,6458	15,26343
	DUBROVAČKO PRIMORJE	150	55,7718	14,43379
Skala zadovoljstva životom	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	25,2013	6,50154
	DUBROVAČKO PRIMORJE	147	21,7959	6,70201
Interni lokus kontrole	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	143	23,1678	5,25409
	DUBROVAČKO PRIMORJE	143	21,0909	5,64428
Lokus kontrole - prilika	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	147	20,0544	5,79180
	DUBROVAČKO PRIMORJE	143	20,3916	5,73847
Lokus kontrole - moćni drugi	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	23,2953	4,99798
	DUBROVAČKO PRIMORJE	144	22,4931	5,90247
Optimizam	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	145	22,99	4,605
	DUBROVAČKO PRIMORJE	142	19,66	6,384
Pesimizam	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	145	19,66	6,151
	DUBROVAČKO PRIMORJE	142	20,87	6,995

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 34: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na promatrane lokacije

	Skupina	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	150	173,24	25986,00
	DUBROVAČKO PRIMORJE	148	125,44	18565,00
	Ukupno	298		
Psihičko zdravlje	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	176,11	26240,00
	DUBROVAČKO PRIMORJE	149	122,89	18311,00
	Ukupno	298		
Društveni odnosi	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	150,89	22483,00
	DUBROVAČKO PRIMORJE	149	148,11	22068,00
	Ukupno	298		
Utjecaj okoline	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	150	176,20	26429,50
	DUBROVAČKO PRIMORJE	150	124,80	18720,50
	Ukupno	300		
Skala zadovoljstva životom	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	169,86	25308,50
	DUBROVAČKO PRIMORJE	147	126,85	18647,50
	Ukupno	296		
Interni lokus kontrole	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	143	157,74	22557,00
	DUBROVAČKO PRIMORJE	143	129,26	18484,00
	Ukupno	286		
Lokus kontrole - prilika	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	147	142,50	20947,50
	DUBROVAČKO PRIMORJE	143	148,58	21247,50
	Ukupno	290		

Lokus kontrole - moćni drugi	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	149	154,30	22991,00
	DUBROVAČKO PRIMORJE	144	139,44	20080,00
	Ukupno	293		
Optimizam	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	145	166,40	24128,00
	DUBROVAČKO PRIMORJE	142	121,13	17200,00
	Ukupno	287		
Pesimizam	ELAFITSKI OTOCI - Šipan, Lopud, Koločep	145	136,80	19836,50
	DUBROVAČKO PRIMORJE	142	151,35	21491,50
	Ukupno	287		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 35: Testna statistika promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na promatrane lokacije^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Fizičko zdravlje	7539,000	18565,000	-4,794	,000
Psihičko zdravlje	7136,000	18311,000	-5,340	,000
Društveni odnosi	10893,000	22068,000	-,281	,779
Utjecaj okoline	7395,500	18720,500	-5,141	,000
Skala zadovoljstva životom	7769,500	18647,500	-4,327	,000
Interni lokus kontrole	8188,000	18484,000	-2,917	,004
Lokus kontrole - prilika	10069,500	20947,500	-,619	,536
Lokus kontrole - moćni drugi	9640,000	20080,000	-1,503	,133
Optimizam	7047,000	17200,000	-4,634	,000
Pesimizam	9251,500	19836,500	-1,486	,137

a. Grouping Variable: Skupina

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za komponente: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, utjecaj okoline, skala zadovoljstva životom, interni lokus kontrole, optimizam, 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 komponente: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, utjecaj okoline, skala zadovoljstva životom, interni lokus kontrole, optimizam s obzirom na promatrane skupine. Pri tome se na tablici 34 može uočiti kako su rangovi značajno viši (vrijednost pokazatelja je viša) za ispitanike koji su s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep.

Analiza unutar skupine ispitanika sa Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep

Na sljedećim će stranicama biti provedeno testiranje unutar skupine ispitanika s Elafitskih otoka, kako bi se uočile značajne razlike i povezanosti kod promatranih skala s obzirom na sociodemografske pokazatelje ispitanika

Tablica 36: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika

	Spol	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	muško	69	79,18	5463,50
	žensko	81	72,36	5861,50
	Ukupno	150		
Psihičko zdravlje	muško	68	78,15	5314,50
	žensko	81	72,35	5860,50
	Ukupno	149		
Društveni odnosi	muško	68	78,25	5321,00
	žensko	81	72,27	5854,00
	Ukupno	149		
Utjecaj okoline	muško	69	81,43	5618,50
	žensko	81	70,45	5706,50
	Ukupno	150		
Skala zadovoljstva životom	muško	68	80,49	5473,00
	žensko	81	70,40	5702,00
	Ukupno	149		
Interni lokus kontrole	muško	66	79,80	5267,00
	žensko	77	65,31	5029,00
	Ukupno	143		
Lokus kontrole - prilika	muško	67	73,38	4916,50
	žensko	80	74,52	5961,50
	Ukupno	147		
Lokus kontrole - moćni drugi	muško	68	77,16	5247,00
	žensko	81	73,19	5928,00
	Ukupno	149		
Optimizam	muško	66	77,72	5129,50
	žensko	79	69,06	5455,50
	Ukupno	145		
Pesimizam	muško	66	69,48	4586,00
	žensko	79	75,94	5999,00
	Ukupno	145		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 37: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Fizičko zdravlje	2540,500	5861,500	-,960	,337
Psihičko zdravlje	2539,500	5860,500	-,820	,412
Društveni odnosi	2533,000	5854,000	-,849	,396
Utjecaj okoline	2385,500	5706,500	-1,546	,122
Skala zadovoljstva životom	2381,000	5702,000	-1,425	,154
Interni lokus kontrole	2026,000	5029,000	-2,090	,037
Lokus kontrole - prilika	2638,500	4916,500	-,162	,872
Lokus kontrole - moćni drugi	2607,000	5928,000	-,561	,574
Optimizam	2295,500	5455,500	-1,242	,214
Pesimizam	2375,000	4586,000	-,923	,356

a. Grouping Variable: Spol

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za interni lokus kontrole može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p=0,037$). Dakle, može se reći, s razinom pouzdanosti od 95%, kako postoji statistički značajna razlika za interni lokus kontrole s obzirom na spol ispitanika. Pritom se na tablici 36 može uočiti kako su rangovi viši (vrijednost pokazatelja je veća) za ispitanike muškog spola.

Tablica 38: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika

	Dob ispitanika	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	60 - 75	84	85,74
	76 - 90	64	62,56
	91 i više	2	59,25
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	60 - 75	84	77,39
	76 - 90	63	71,61
	91 i više	2	81,50
	Ukupno	149	
Društveni odnosi	60 - 75	84	78,67
	76 - 90	63	71,87
	91 i više	2	19,75
	Ukupno	149	
Utjecaj okoline	60 - 75	84	81,68
	76 - 90	64	68,40
	91 i više	2	43,25
	Ukupno	150	
Skala zadovoljstva životom	60 - 75	83	73,14
	76 - 90	64	76,11
	91 i više	2	116,75
	Ukupno	149	
Interni lokus kontrole	60 - 75	79	78,13
	76 - 90	62	64,15
	91 i više	2	73,50
	Ukupno	143	
Lokus kontrole - prilika	60 - 75	83	70,40
	76 - 90	62	77,65
	91 i više	2	110,50
	Ukupno	147	
Lokus kontrole - moćni drugi	60 - 75	83	73,28
	76 - 90	64	75,15
	91 i više	2	141,50
	Ukupno	149	
Optimizam	60 - 75	82	74,97
	76 - 90	61	68,84
	91 i više	2	119,25

	Ukupno	145	
Pesimizam	60 - 75	82	66,03
	76 - 90	61	83,18
	91 i više	2	48,25
	Ukupno	145	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 39: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	10,665	2	,005
Psihičko zdravlje	,695	2	,706
Društveni odnosi	4,285	2	,117
Utjecaj okoline	4,531	2	,104
Skala zadovoljstva životom	2,078	2	,354
Interni lokus kontrole	3,975	2	,137
Lokus kontrole - prilika	2,526	2	,283
Lokus kontrole - moćni drugi	4,903	2	,086
Optimizam	3,231	2	,199
Pesimizam	6,558	2	,038

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Dob ispitanika

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za komponente fizičko zdravlje i pesimizam, 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*, *pesimizam* s obzirom na dob ispitanika. Pritom se na tablici 38 može uočiti kako su rangovi najniži (vrijednost pokazatelja je najniža) za ispitanike koje imaju 91 i više godina.

Tablica 40: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika

	Stručna sprema	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	NSS	50	70,50
	SSS	62	75,33
	VŠS	12	89,92
	VSS	7	78,29
	Ostalo	19	79,08
	Ukupno	150	
Psihičko zdravlje	NSS	50	72,32
	SSS	61	77,16
	VŠS	12	86,88
	VSS	7	62,79
	Ostalo	19	72,11
	Ukupno	149	
Društveni odnosi	NSS	50	69,05
	SSS	61	70,29
	VŠS	12	82,58
	VSS	7	95,21
	Ostalo	19	93,55
	Ukupno	149	
Utjecaj okoline	NSS	50	62,54
	SSS	62	78,31
	VŠS	12	93,08
	VSS	7	87,50
	Ostalo	19	84,89
	Ukupno	150	
Skala zadovoljstva životom	NSS	50	69,74
	SSS	62	71,86
	VŠS	12	83,38
	VSS	7	91,50
	Ostalo	18	88,42
	Ukupno	149	
Interni lokus kontrole	NSS	47	76,28
	SSS	60	66,83
	VŠS	12	77,29
	VSS	7	93,43
	Ostalo	17	65,88

	Ukupno	143	
Lokus kontrole - prilika	NSS	49	78,52
	SSS	61	67,59
	VŠS	12	64,88
	VSS	7	76,93
	Ostalo	18	88,36
	Ukupno	147	
Lokus kontrole - moćni drugi	NSS	50	75,84
	SSS	62	70,65
	VŠS	12	77,00
	VSS	7	91,57
	Ostalo	18	79,86
	Ukupno	149	
Optimizam	NSS	48	67,95
	SSS	61	71,35
	VŠS	11	77,68
	VSS	7	94,57
	Ostalo	18	80,81
	Ukupno	145	
Pesimizam	NSS	49	79,73
	SSS	60	71,80
	VŠS	11	69,41
	VSS	7	67,29
	Ostalo	18	63,08
	Ukupno	145	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 41: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	2,150	4	,708
Psihičko zdravlje	1,913	4	,752
Društveni odnosi	7,211	4	,125
Utjecaj okoline	8,133	4	,087
Skala zadovoljstva životom	4,305	4	,366
Interni lokus kontrole	3,892	4	,421
Lokus kontrole - prilika	4,581	4	,333
Lokus kontrole - moćni drugi	1,943	4	,746
Optimizam	3,421	4	,490
Pesimizam	2,531	4	,639

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Stručna sprema

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti s obzirom na promatrane skale, može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi više od 5 %, $p > 0,05$ u svim promatranim slučajevima, te se stoga može konstatirati kako stručna sprema ispitanika nema značajnu ulogu kod promatranih skala.

Spearmanov koeficijent korelacije

Kako bismo bolje ispitali odnose između promatranih varijabli poveden je Spearmanov koeficijent korelacije.

Spearmanovom korelacijom izražavamo međusobnu povezanost dvije varijable. Vrijednost ovog testa kreće se u intervalu $-1 \leq r \leq +1$ pri čemu – predznak korelacije označava negativnu (obrnutu) korelaciju, dok + predznak označava pozitivnu korelaciju. Što je vrijednost Spearmanovog koeficijenta korelacije veća, kažemo da je korelacija između varijabli jača (značajnija).

Također se obično uzima u obzir i ovo:

$r > 0,80$ radi se o jakoj pozitivnoj korelaciji

$0,5 < r \leq 0,80$, radi se o srednje jakoj pozitivnoj korelaciji

$0 < r \leq 0,5$, radi se o slaboj pozitivnoj korelaciji

Za potrebe istraživanja komentirat ćemo koeficijente korelacije veće od 0,5, $r > 0,5$

Tablica 42: Spearmanov koeficijent korelacije promatranih komponenti (faktora) upitnika

		Fizičko zdravlje	Psihičko zdravlje	Društveni odnosi	Utjecaj okoline	Skala zadovoljstva životom	Interni lokus kontrole	Lokus kontrole - prilika	Lokus kontrole - moćni drugi	Optimizam	Pesimizam
Fizičko zdravlje	r	1,000	,740**	,407**	,614**	,507**	,321**	,228**	-,018	,404**	-,271**
	p	.	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,828	,000	,001
	N	150	149	149	150	149	143	147	149	145	145
Psihičko zdravlje	r	,740**	1,000	,404**	,686**	,622**	,340**	,198*	,132	,446**	-,277**
	p	,000	.	,000	,000	,000	,000	,016	,110	,000	,001
	N	149	149	149	149	148	142	146	148	144	144
Društveni odnosi	r	,407**	,404**	1,000	,497**	,394**	,228**	,153	,087	,370**	-,250**
	p	,000	,000	.	,000	,000	,006	,065	,294	,000	,003
	N	149	149	149	149	148	142	146	148	144	144
Utjecaj okoline	r	,614**	,686**	,497**	1,000	,652**	,257**	,187*	,051	,470**	-,286**
	p	,000	,000	,000	.	,000	,002	,024	,535	,000	,000
	N	150	149	149	150	149	143	147	149	145	145
Skala zadovoljstva životom	r	,507**	,622**	,394**	,652**	1,000	,164	,335**	,145	,402**	-,270**
	p	,000	,000	,000	,000	.	,050	,000	,077	,000	,001
	N	149	148	148	149	149	143	147	149	144	144
Interni lokus kontrole	r	,321**	,340**	,228**	,257**	,164	1,000	,178*	,331**	,310**	-,075
	p	,000	,000	,006	,002	,050	.	,035	,000	,000	,384
	N	143	142	142	143	143	143	141	143	138	138
Lokus kontrole - prilika	r	,228**	,198*	,153	,187*	,335**	,178*	1,000	,319**	,215*	,031
	p	,006	,016	,065	,024	,000	,035	.	,000	,010	,718
	N	147	146	146	147	147	141	147	147	142	142
Lokus kontrole - moćni drugi	r	-,018	,132	,087	,051	,145	,331**	,319**	1,000	,220**	,022
	p	,828	,110	,294	,535	,077	,000	,000	.	,008	,794
	N	149	148	148	149	149	143	147	149	144	144
Optimizam	r	,404**	,446**	,370**	,470**	,402**	,310**	,215*	,220**	1,000	-,320**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,010	,008	.	,000
	N	145	144	144	145	144	138	142	144	145	143
Pesimizam	r	-,271**	-,277**	-,250**	-,286**	-,270**	-,075	,031	,022	-,320**	1,000
	p	,001	,001	,003	,000	,001	,384	,718	,794	,000	.
	N	145	144	144	145	144	138	142	144	143	145

** 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 tablice 42 može se uočiti kako je razina korelacije između *većine promatranih varijabli* pozitivna, najveće korelacije zabilježene su između varijabli: *Fizičko zdravlje i Psihičko zdravlje* ($r=0,740$; $p<0,01$), *psihičko zdravlje i utjecaj okoline* ($r=0,686$; $p<0,01$), *utjecaj okoline i skala zadovoljstva životom* ($r=0,652$; $p<0,01$), te *psihičko zdravlje i skala zadovoljstva životom* ($r=0,622$; $p<0,01$), radi se o korelacijama srednjeg intenziteta.

Višestruki regresijski model utjecaja fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlje, društvenih odnosa, utjecaja okoline, optimizma i pesimizma na zadovoljstvo životom (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep)

Na sljedećim stranicama bit će prikazan regresijski model za promatrane varijable u analizi: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi, utjecaj okoline, optimizam i pesimizam, kako bismo analitički izrazili odnos s obzirom na zadovoljstvo životom ispitanika, koje će biti zavisna varijabla u regresiji.

Tablica 43: Pregled model

Model	R	R^2	Korigirani R^2	Standard. pogreška procjene
1	,718 ^a	,515	,494	4,63285

a. Predictors: (Constant), Pesimizam, Optimizam, Fizičko zdravlje, Društveni odnosi, Utjecaj okoline, Psihičko zdravlje

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se pregled modela, može se uočiti kako koeficijent determinacije iznosi 0,515, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,515 ili 51,5 % sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisne varijable od njene aritmetičke sredine. Nепrotumačeni dio je 0,485 ili 48,5 %.

Tablica 44: Značajnost modela (ANOVA)^a

Model		Zbroj kvadrata	df (stupnjevi slobode)	Sredina kvadrata	F	Sign.
1	Odstupanja protumačena modelom	3057,672	6	509,612	23,743	,000 ^b
	Neprotumačena odstupanja	2876,087	134	21,463		
	Ukupna odstupanja	5933,759	140			

a. Dependent Variable: Skala zadovoljstva životom

b. Predictors: (Constant), Pesimizam, Optimizam, Fizičko zdravlje, Društveni odnosi, Utjecaj okoline, Psihičko zdravlje

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, pogleda li se vrijednost značajnosti modela može se uočiti kako signifikantnost iznosi manje od 0,01 ($p < 0,01$), stoga je navedeni regresijski model statistički značajan.

Tablica 45: Regresijski koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.
		B	Stand. greška	Beta		
1	(Constant)	4,702	3,160		1,488	,139
	Fizičko zdravlje	-,047	,031	-,144	-1,531	,128
	Psihičko zdravlje	,124	,040	,325	3,099	,002
	Društveni odnosi	,033	,025	,099	1,358	,177
	Utjecaj okoline	,196	,040	,462	4,926	,000
	Optimizam	,043	,104	,029	,412	,681
	Pesimizam	-,042	,069	-,040	-,614	,540

a. Dependent Variable: Skala zadovoljstva životom

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Značajni prediktori skale zadovoljstva životom su psihičko zdravlje ($\beta=0,124$, $p < 0,01$) (povećanjem psihičkog zdravlja povećava se i zadovoljstvo životom ispitanika), te utjecaj okoline ($\beta= 0,196$, $p < 0,01$) (povećanjem utjecaja okoline, dolazi i do povećanja zadovoljstva životom ispitanika).

Tablica 46: Usporedba s obzirom na spol ispitanika za skupinu pitanja o mentalnom stanju

		Spol						p*
		muško		žensko		Ukupno		
		N	%	N	%	N	%	
Mentalno stanje: Društveni kontakt	ne	7	10,6%	7	9,1%	14	9,8%	0,761
	da	59	89,4%	70	90,9%	129	90,2%	
	Ukupno	66	100,0%	77	100,0%	143	100,0%	
Mentalno stanje: Mentalni kapacitet	ne	8	12,5%	3	4,2%	11	8,1%	0,079
	da	56	87,5%	68	95,8%	124	91,9%	
	Ukupno	64	100,0%	71	100,0%	135	100,0%	
Mentalno stanje: Pamćenje	ne	14	20,9%	9	11,7%	23	16,0%	0,133
	da	53	79,1%	68	88,3%	121	84,0%	
	Ukupno	67	100,0%	77	100,0%	144	100,0%	
Mentalno stanje: Čitanje	ne	18	26,9%	15	19,2%	33	22,8%	0,274
	da	49	73,1%	63	80,8%	112	77,2%	
	Ukupno	67	100,0%	78	100,0%	145	100,0%	
Mentalno stanje: Gledanje TV	ne	5	7,6%	3	3,8%	8	5,5%	0,321
	da	61	92,4%	76	96,2%	137	94,5%	
	Ukupno	66	100,0%	79	100,0%	145	100,0%	
Mentalno stanje: Kućni poslovi	ne	16	24,2%	2	2,5%	18	12,4%	0,000
	da	50	75,8%	77	97,5%	127	87,6%	
	Ukupno	66	100,0%	79	100,0%	145	100,0%	
Mentalno stanje: Zadaci na otvorenom prostoru	ne	13	19,4%	17	21,5%	30	20,5%	0,753
	da	54	80,6%	62	78,5%	116	79,5%	
	Ukupno	67	100,0%	79	100,0%	146	100,0%	

*Hi kvadrat test

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „Mentalno stanje: Kućni poslovi“, 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 „Mentalno stanje: Kućni poslovi“ s obzirom na spol ispitanika, pri čemu 75,8 % muških ispitanika navodi „DA“ u odnosu na 97,5% ženskih ispitanika.

Tablica 47: Usporedba s obzirom na spol ispitanika i skupine pitanja o važnosti korištenja slobodnog vremena po kategorijama

		Spol						p*
		muško		žensko		Ukupno		
		N	%	N	%	N	%	
Jačanje obiteljskih odnosa	posve nevažno	3	4,5%	5	6,2%	8	5,4%	0,286
	od male važnosti	6	9,0%	1	1,2%	7	4,8%	
	srednje važno	11	16,4%	15	18,8%	26	17,7%	
	vrlo važno	22	32,8%	26	32,5%	48	32,7%	
	najvažnije	25	37,3%	33	41,2%	58	39,5%	
	Ukupno	67	100,0%	80	100,0%	147	100,0%	
Tjelesno vježbanje i zdravlje	posve nevažno	17	25,4%	20	24,7%	37	25,0%	0,059
	od male važnosti	5	7,5%	15	18,5%	20	13,5%	
	srednje važno	16	23,9%	21	25,9%	37	25,0%	
	vrlo važno	17	25,4%	21	25,9%	38	25,7%	
	najvažnije	12	17,9%	4	4,9%	16	10,8%	
	Ukupno	67	100,0%	81	100,0%	148	100,0%	
„Izoštavanje“ moga uma, intelektualna radoznalost	posve nevažno	4	6,1%	9	11,1%	13	8,8%	0,443
	od male važnosti	9	13,6%	6	7,4%	15	10,2%	
	srednje važno	19	28,8%	28	34,6%	47	32,0%	
	vrlo važno	28	42,4%	34	42,0%	62	42,2%	
	najvažnije	6	9,1%	4	4,9%	10	6,8%	
	Ukupno	66	100,0%	81	100,0%	147	100,0%	
Imanje duhovnog života	posve nevažno	5	7,6%	7	8,8%	12	8,2%	0,796
	od male važnosti	11	16,7%	13	16,2%	24	16,4%	
	srednje važno	21	31,8%	21	26,2%	42	28,8%	
	vrlo važno	15	22,7%	25	31,2%	40	27,4%	
	najvažnije	14	21,2%	14	17,5%	28	19,2%	
	Ukupno	66	100,0%	80	100,0%	146	100,0%	
Razvijanje vlastite kreativnosti	posve nevažno	6	9,1%	10	12,3%	16	10,9%	0,182
	od male važnosti	13	19,7%	20	24,7%	33	22,4%	
	srednje važno	21	31,8%	28	34,6%	49	33,3%	
	vrlo važno	16	24,2%	20	24,7%	36	24,5%	
	najvažnije	10	15,2%	3	3,7%	13	8,8%	
	Ukupno	66	100,0%	81	100,0%	147	100,0%	
Pronalazak novih prijatelja i širenje vlastite socijalne mreže	posve nevažno	10	15,2%	10	12,3%	20	13,6%	0,222
	od male važnosti	15	22,7%	24	29,6%	39	26,5%	
	srednje važno	22	33,3%	28	34,6%	50	34,0%	
	vrlo važno	10	15,2%	16	19,8%	26	17,7%	

	najvažnije	9	13,6%	3	3,7%	12	8,2%	
	Ukupno	66	100,0%	81	100,0%	147	100,0%	
Učenje o novim idejama	posve nevažno	5	7,6%	15	18,5%	20	13,6%	0,141
	od male važnosti	17	25,8%	25	30,9%	42	28,6%	
	srednje važno	22	33,3%	18	22,2%	40	27,2%	
	vrlo važno	16	24,2%	20	24,7%	36	24,5%	
	najvažnije	6	9,1%	3	3,7%	9	6,1%	
	Ukupno	66	100,0%	81	100,0%	147	100,0%	
Podrška zaštiti okoliša i naporima zajednice	posve nevažno	8	12,1%	13	16,0%	21	14,3%	0,789
	od male važnosti	11	16,7%	18	22,2%	29	19,7%	
	srednje važno	15	22,7%	18	22,2%	33	22,4%	
	vrlo važno	21	31,8%	22	27,2%	43	29,3%	
	najvažnije	11	16,7%	10	12,3%	21	14,3%	
	Ukupno	66	100,0%	81	100,0%	147	100,0%	
Biti uključen u zajednička nastojanja zajednice	posve nevažno	13	19,7%	20	24,7%	33	22,4%	0,271
	od male važnosti	9	13,6%	16	19,8%	25	17,0%	
	srednje važno	21	31,8%	26	32,1%	47	32,0%	
	vrlo važno	18	27,3%	18	22,2%	36	24,5%	
	najvažnije	5	7,6%	1	1,2%	6	4,1%	
	Ukupno	66	100,0%	81	100,0%	147	100,0%	
Volontiranje u svojoj zajednici	posve nevažno	27	40,9%	35	44,3%	62	42,8%	0,333
	od male važnosti	11	16,7%	19	24,1%	30	20,7%	
	srednje važno	12	18,2%	16	20,3%	28	19,3%	
	vrlo važno	11	16,7%	6	7,6%	17	11,7%	
	najvažnije	5	7,6%	3	3,8%	8	5,5%	
	Ukupno	66	100,0%	79	100,0%	145	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti s obzirom na promatrana pitanja može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi više od 5 %, $p > 0,05$ u svim promatranim slučajevima, te se stoga može konstatirati kako spol ispitanika nema značajnu ulogu kod promatranih pitanja.

Analiza unutar skupine ispitanika iz Dubrovačkog primorja

Na sljedećim će stranicama biti provedeno testiranje unutar skupine ispitanika iz Dubrovačkog primorja, kako bi se uočile značajne razlike i povezanosti promatranih skala s obzirom na sociodemografske pokazatelje ispitanika.

Tablica 48: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika

	Spol	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Fizičko zdravlje	muško	61	74,21	4527,00
	žensko	87	74,70	6499,00
	Ukupno	148		
Psihičko zdravlje	muško	61	76,65	4675,50
	žensko	88	73,86	6499,50
	Ukupno	149		
Društveni odnosi	muško	61	73,07	4457,00
	žensko	88	76,34	6718,00
	Ukupno	149		
Utjecaj okoline	muško	61	76,24	4650,50
	žensko	89	74,99	6674,50
	Ukupno	150		
Skala zadovoljstva životom	muško	60	71,22	4273,00
	žensko	87	75,92	6605,00
	Ukupno	147		
Interni lokus kontrole	muško	58	75,72	4391,50
	žensko	85	69,46	5904,50
	Ukupno	143		
Lokus kontrole - prilika	muško	58	68,78	3989,50
	žensko	85	74,19	6306,50
	Ukupno	143		
Lokus kontrole - moćni drugi	muško	58	71,22	4130,50
	žensko	86	73,37	6309,50
	Ukupno	144		
Optimizam	muško	57	71,86	4096,00
	žensko	85	71,26	6057,00
	Ukupno	142		
Pesimizam	muško	59	71,75	4233,00
	žensko	83	71,33	5920,00
	Ukupno	142		

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 49: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na spol ispitanika^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2- tailed)
Fizičko zdravlje	2636,000	4527,000	-,068	,946
Psihičko zdravlje	2583,500	6499,500	-,389	,698
Društveni odnosi	2566,000	4457,000	-,459	,646
Utjecaj okoline	2669,500	6674,500	-,173	,863
Skala zadovoljstva životom	2443,000	4273,000	-,659	,510
Interni lokus kontrole	2249,500	5904,500	-,888	,374
Lokus kontrole - prilika	2278,500	3989,500	-,769	,442
Lokus kontrole - moćni drugi	2419,500	4130,500	-,304	,761
Optimizam	2402,000	6057,000	-,086	,932
Pesimizam	2434,000	5920,000	-,060	,952

a. Grouping Variable: Spol

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti s obzirom na *promatrane skale* može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi više od 5 %, $p > 0,05$ u svim promatranim slučajevima, te se stoga može konstatirati kako spol ispitanika nema značajnu ulogu kod promatranih skala.

Tablica 50: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika

	Dob ispitanika	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	60 - 75	65	94,45
	76 - 90	77	60,62
	91 i više	6	36,50
	Ukupno	148	
Psihičko zdravlje	60 - 75	66	91,98
	76 - 90	77	62,92
	91 i više	6	43,33
	Ukupno	149	
Društveni odnosi	60 - 75	66	81,70
	76 - 90	77	69,97

	91 i više	6	65,92
	Ukupno	149	
Utjecaj okoline	60 - 75	66	91,80
	76 - 90	78	62,67
	91 i više	6	62,92
	Ukupno	150	
Skala zadovoljstva životom	60 - 75	65	86,25
	76 - 90	76	63,09
	91 i više	6	79,42
	Ukupno	147	
Interni lokus kontrole	60 - 75	65	85,90
	76 - 90	72	58,87
	91 i više	6	79,00
	Ukupno	143	
Lokus kontrole - prilika	60 - 75	63	67,93
	76 - 90	75	76,57
	91 i više	5	54,70
	Ukupno	143	
Lokus kontrole - moćni drugi	60 - 75	64	72,95
	76 - 90	75	71,11
	91 i više	5	87,50
	Ukupno	144	
Optimizam	60 - 75	65	81,42
	76 - 90	73	62,75
	91 i više	4	70,13
	Ukupno	142	
Pesimizam	60 - 75	64	77,85
	76 - 90	73	66,92
	91 i više	5	57,10
	Ukupno	142	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 51: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na dob ispitanika^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	26,945	2	,000
Psihičko zdravlje	19,547	2	,000
Društveni odnosi	2,944	2	,229
Utjecaj okoline	16,690	2	,000
Skala zadovoljstva životom	10,498	2	,005
Interni lokus kontrole	14,803	2	,001
Lokus kontrole - prilika	2,406	2	,300
Lokus kontrole - moćni drugi	,740	2	,691
Optimizam	7,126	2	,028
Pesimizam	3,053	2	,217

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Dob ispitanika

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za komponente: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, utjecaj okoline, skala zadovoljstva životom, interni lokus kontrole, optimizam, 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 komponente: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, utjecaj okoline, skala zadovoljstva životom, interni lokus kontrole, optimizam s obzirom na dob ispitanika. Pritom se na tablici 50 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike koje imaju 60 – 75 godina.

Tablica 52: Rangovi kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika

	Stručna sprema	N	Aritmetička sredina rangova
Fizičko zdravlje	NSS	60	68,76
	SSS	21	92,93
	VŠS	3	111,17
	Ostalo	64	72,12

	Ukupno	148	
Psihičko zdravlje	NSS	60	66,08
	SSS	21	93,71
	VŠS	3	106,00
	Ostalo	65	75,75
	Ukupno	149	
Društveni odnosi	NSS	59	78,77
	SSS	21	84,38
	VŠS	3	100,00
	Ostalo	66	67,51
	Ukupno	149	
Utjecaj okoline	NSS	60	69,88
	SSS	21	89,60
	VŠS	3	97,83
	Ostalo	66	75,11
	Ukupno	150	
Skala zadovoljstva životom	NSS	58	76,98
	SSS	21	86,29
	VŠS	3	89,00
	Ostalo	65	66,68
	Ukupno	147	
Interni lokus kontrole	NSS	58	69,85
	SSS	21	98,05
	VŠS	3	120,33
	Ostalo	61	62,70
	Ukupno	143	
Lokus kontrole - prilika	NSS	57	75,40
	SSS	20	73,90
	VŠS	3	38,50
	Ostalo	63	69,91
	Ukupno	143	
Lokus kontrole - moćni drugi	NSS	57	82,56
	SSS	20	76,80
	VŠS	3	56,33
	Ostalo	64	62,95
	Ukupno	144	
Optimizam	NSS	56	70,07
	SSS	21	102,07
	VŠS	3	78,33
	Ostalo	62	62,10
	Ukupno	142	
Pesimizam	NSS	58	76,03

	SSS	19	75,03
	VŠS	3	42,33
	Ostalo	62	67,59
	Ukupno	142	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Tablica 53: Testna statistika kod promatranih komponenti upitnika (faktora) s obzirom na stručnu spremu ispitanika^{a,b}

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
Fizičko zdravlje	7,369	3	,061
Psihičko zdravlje	8,105	3	,044
Društveni odnosi	4,503	3	,212
Utjecaj okoline	4,037	3	,258
Skala zadovoljstva životom	4,340	3	,227
Interni lokus kontrole	15,702	3	,001
Lokus kontrole - prilika	2,561	3	,464
Lokus kontrole - moćni drugi	7,361	3	,061
Optimizam	15,067	3	,002
Pesimizam	2,921	3	,404

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Stručna sprema

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za komponente: psihičko zdravlje, interni lokus kontrole, optimizam, 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 komponente: psihičko zdravlje, interni lokus kontrole, optimizam s obzirom na stručnu spremu ispitanika. Pritom se na tablici 52 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost pokazatelja je najviša) za psihičko zdravlje i interni lokus kontrole kod ispitanika koji imaju VŠS, dok su rangovi kod optimizma najviši kod ispitanika koji imaju SSS.

Tablica 54: Spearmanov koeficijent korelacije promatranih komponenti (faktora) upitnika

		Fizičko zdravlje	Psihičko zdravlje	Društveni odnosi	Utjecaj okoline	Skala zadovoljstva životom	Interni lokus kontrole	Lokus kontrole - prilika	Lokus kontrole - moćni drugi	Optimizam	Pesimizam
Fizičko zdravlje	r	1,000	,751**	,430**	,602**	,449**	,228**	-,129	-,033	,251**	-,057
	p	.	,000	,000	,000	,000	,006	,127	,695	,003	,498
	N	148	147	147	148	146	142	142	143	141	141
Psihičko zdravlje	r	,751**	1,000	,546**	,686**	,513**	,311**	-,050	,109	,262**	-,165
	p	,000	.	,000	,000	,000	,000	,553	,197	,002	,051
	N	147	149	148	149	146	142	142	143	141	141
Društveni odnosi	r	,430**	,546**	1,000	,512**	,445**	,240**	,015	,039	,187*	-,158
	p	,000	,000	.	,000	,000	,004	,857	,643	,026	,062
	N	147	148	149	149	146	142	142	143	141	141
Utjecaj okoline	r	,602**	,686**	,512**	1,000	,643**	,390**	,013	,174*	,299**	-,113
	p	,000	,000	,000	.	,000	,000	,879	,037	,000	,179
	N	148	149	149	150	147	143	143	144	142	142
Skala zadovoljstva životom	r	,449**	,513**	,445**	,643**	1,000	,411**	,140	,217**	,520**	-,025
	p	,000	,000	,000	,000	.	,000	,098	,009	,000	,768
	N	146	146	146	147	147	141	141	143	140	140
Interni lokus kontrole	r	,228**	,311**	,240**	,390**	,411**	1,000	,178*	,465**	,433**	,064
	p	,006	,000	,004	,000	,000	.	,036	,000	,000	,455
	N	142	142	142	143	141	143	139	140	137	137
Lokus kontrole - prilika	r	-,129	-,050	,015	,013	,140	,178*	1,000	,207*	,082	,090
	p	,127	,553	,857	,879	,098	,036	.	,014	,341	,297
	N	142	142	142	143	141	139	143	140	137	137
Lokus kontrole - moćni drugi	r	-,033	,109	,039	,174*	,217**	,465**	,207*	1,000	,216*	,171*
	p	,695	,197	,643	,037	,009	,000	,014	.	,011	,046
	N	143	143	143	144	143	140	140	144	137	137
Optimizam	r	,251**	,262**	,187*	,299**	,520**	,433**	,082	,216*	1,000	,090
	p	,003	,002	,026	,000	,000	,000	,341	,011	.	,295
	N	141	141	141	142	140	137	137	137	142	138
Pesimizam	r	-,057	-,165	-,158	-,113	-,025	,064	,090	,171*	,090	1,000
	p	,498	,051	,062	,179	,768	,455	,297	,046	,295	.
	N	141	141	141	142	140	137	137	137	138	142

** . 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 tablice 54 može se uočiti kako je razina korelacije između većine promatranih varijabli pozitivna. Najveće korelacije zabilježene su između varijabli: fizičko zdravlje i psihičko zdravlje ($r=0,751$; $p<0,01$), psihičko zdravlje i utjecaj okoline ($r=0,686$; $p<0,01$), utjecaj okoline i skala zadovoljstva životom ($r=0,643$; $p<0,01$), te fizičko zdravlje i utjecaj okoline ($r=0,602$; $p<0,01$), radi se o korelacijama srednjeg intenziteta.

Višestruki regresijski model utjecaja fizičkog zdravlja, psihičkog zdravlje, društvenih odnosa, utjecaja okoline, optimizma i pesimizma na zadovoljstvo životom (Dubrovačko primorje)

Na sljedećim stranicama bit će prikazan regresijski model za promatrane varijable u analizi: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi, utjecaj okoline, optimizam i pesimizam, kako bismo analitički izrazili odnos s obzirom na zadovoljstvo životom ispitanika koje će biti zavisna varijabla u regresiji.

Tablica 55: Pregled modela

Model	R	R^2	Korigirani R^2	Standard. pogreška procjene
1	,766 ^a	,587	,567	4,48657

a. Predictors: (Constant), Pesimizam, Fizičko zdravlje, Optimizam, Društveni odnosi, Utjecaj okoline, Psihičko zdravlje

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se pregled modela može se uočiti kako koeficijent determinacije iznosi 0,587, što znači da je regresijskim modelom objašnjeno 0,587 ili 58,7 % sume kvadrata ukupnih odstupanja zavisne varijable od njene aritmetičke sredine. Neprotačeni dio je 0,413 ili 41,3 %.

Tablica 56: Značajnost modela (ANOVA)^a

Model		Zbroj kvadrata	df (stupnjevi slobode)	Sredina kvadrata	F	Sign.
1	Odstupanja protumačena modelom	3604,380	6	600,730	29,843	,000 ^b
	Neprotumačena odstupanja	2536,297	126	20,129		
	Ukupna odstupanja	6140,677	132			

a. Dependent Variable: Skala zadovoljstva životom

b. Predictors: (Constant), Pesimizam, Fizičko zdravlje, Optimizam, Društveni odnosi, Utjecaj okoline, Psihičko zdravlje

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Nadalje, pogleda li se vrijednost značajnosti modela može se uočiti kako signifikantnost iznosi manje od 0,01 ($p < 0,01$), te se može zaključiti kako je navedeni regresijski model statistički značajan.

Tablica 57: Regresijski koeficijenti^a

Model		Nestandardizirani koeficijenti		Standardizirani koeficijenti	t	Sig.
		B	Stand. greška	Beta		
1	(Constant)	-,240	2,167		-,111	,912
	Fizičko zdravlje	,017	,028	,054	,619	,537
	Psihičko zdravlje	,008	,034	,024	,230	,819
	Društveni odnosi	,045	,023	,140	1,932	,056
	Utjecaj okoline	,209	,042	,448	4,952	,000
	Optimizam	,331	,067	,312	4,908	,000
	Pesimizam	-,008	,058	-,008	-,133	,894

a. Dependent Variable: Skala zadovoljstva životom

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Značajni prediktori skale zadovoljstva životom su utjecaj okoline ($\beta=0,209$, $p<0,01$) (povećanjem utjecaja okoline povećava se i zadovoljstvo životom ispitanika), te optimizam ($\beta= 0,331$, $p<0,01$) (povećanjem optimizma dolazi i do povećanja zadovoljstva životom ispitanika).

Tablica 58: Usporedba s obzirom na spol ispitanika za skupinu pitanja o mentalnom stanju

		Spol						p*
		muško		žensko		Ukupno		
		N	%	N	%	N	%	
Mentalno stanje: Društveni kontakt	ne	13	23,2%	22	25,9%	35	24,8%	0,720
	da	43	76,8%	63	74,1%	106	75,2%	
	Ukupno	56	100,0%	85	100,0%	141	100,0%	
Mentalno stanje: Mentalni kapacitet	ne	11	20,4%	14	17,7%	25	18,8%	0,701
	da	43	79,6%	65	82,3%	108	81,2%	
	Ukupno	54	100,0%	79	100,0%	133	100,0%	
Mentalno stanje: Pamćenje	ne	11	19,6%	19	22,4%	30	21,3%	0,700
	da	45	80,4%	66	77,6%	111	78,7%	
	Ukupno	56	100,0%	85	100,0%	141	100,0%	
Mentalno stanje: Čitanje	ne	18	32,1%	23	26,7%	41	28,9%	0,488
	da	38	67,9%	63	73,3%	101	71,1%	
	Ukupno	56	100,0%	86	100,0%	142	100,0%	
Mentalno stanje: Gledanje TV	ne	5	8,8%	10	11,5%	15	10,4%	0,601
	da	52	91,2%	77	88,5%	129	89,6%	
	Ukupno	57	100,0%	87	100,0%	144	100,0%	
Mentalno stanje: Kućni poslovi	ne	23	41,1%	15	17,0%	38	26,4%	0,001
	da	33	58,9%	73	83,0%	106	73,6%	
	Ukupno	56	100,0%	88	100,0%	144	100,0%	
Mentalno stanje: Zadaci na otvorenom prostoru	ne	19	33,9%	23	27,1%	42	29,8%	0,383
	da	37	66,1%	62	72,9%	99	70,2%	
	Ukupno	56	100,0%	85	100,0%	141	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „Mentalno stanje: Kućni poslovi“ 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 „Mentalno stanje: Kućni poslovi“ s obzirom na spol ispitanika, pri čemu 58,9 % muških ispitanika navodi „DA“ u odnosu prema 83,0 % ženskih ispitanika.

Tablica 59: Usporedba s obzirom na spol ispitanika i skupine pitanja o važnosti korištenja slobodnog vremena po kategorijama

		Spol						p*
		muško		žensko		Ukupno		
		N	%	N	%	N	%	
Jačanje obiteljskih odnosa	posve nevažno	7	11,5%	6	6,9%	13	8,8%	0,463
	od male važnosti	4	6,6%	5	5,7%	9	6,1%	
	srednje važno	13	21,3%	11	12,6%	24	16,2%	
	vrlo važno	20	32,8%	36	41,4%	56	37,8%	
	najvažnije	17	27,9%	29	33,3%	46	31,1%	
	Ukupno	61	100,0%	87	100,0%	148	100,0%	
Tjelesno vježbanje i zdravlje	posve nevažno	19	31,7%	35	41,2%	54	37,2%	0,544
	od male važnosti	11	18,3%	17	20,0%	28	19,3%	
	srednje važno	12	20,0%	16	18,8%	28	19,3%	
	vrlo važno	14	23,3%	15	17,6%	29	20,0%	
	najvažnije	4	6,7%	2	2,4%	6	4,1%	
	Ukupno	60	100,0%	85	100,0%	145	100,0%	
„Izoštavanje“ moga uma, intelektualna radoznalost	posve nevažno	18	30,0%	33	38,4%	51	34,9%	0,720
	od male važnosti	9	15,0%	16	18,6%	25	17,1%	
	srednje važno	20	33,3%	22	25,6%	42	28,8%	
	vrlo važno	10	16,7%	12	14,0%	22	15,1%	
	najvažnije	3	5,0%	3	3,5%	6	4,1%	
	Ukupno	60	100,0%	86	100,0%	146	100,0%	
Imanje duhovnog života	posve nevažno	10	16,4%	8	9,4%	18	12,3%	0,021
	od male važnosti	13	21,3%	7	8,2%	20	13,7%	
	srednje važno	17	27,9%	18	21,2%	35	24,0%	
	vrlo važno	15	24,6%	37	43,5%	52	35,6%	
	najvažnije	6	9,8%	15	17,6%	21	14,4%	
	Ukupno	61	100,0%	85	100,0%	146	100,0%	
Razvijanje vlastite kreativnosti	posve nevažno	21	35,0%	38	45,2%	59	41,0%	0,479
	od male važnosti	9	15,0%	17	20,2%	26	18,1%	
	srednje važno	15	25,0%	14	16,7%	29	20,1%	
	vrlo važno	13	21,7%	13	15,5%	26	18,1%	
	najvažnije	2	3,3%	2	2,4%	4	2,8%	

	Ukupno	60	100,0%	84	100,0%	144	100,0%	
Pronalazak novih prijatelja i širenje vlastite socijalne mreže	posve nevažno	26	42,6%	43	50,0%	69	46,9%	0,733
	od male važnosti	9	14,8%	16	18,6%	25	17,0%	
	srednje važno	15	24,6%	15	17,4%	30	20,4%	
	vrlo važno	8	13,1%	9	10,5%	17	11,6%	
	najvažnije	3	4,9%	3	3,5%	6	4,1%	
	Ukupno	61	100,0%	86	100,0%	147	100,0%	
Učenje o novim idejama	posve nevažno	27	44,3%	49	57,0%	76	51,7%	0,491
	od male važnosti	12	19,7%	13	15,1%	25	17,0%	
	srednje važno	16	26,2%	14	16,3%	30	20,4%	
	vrlo važno	5	8,2%	8	9,3%	13	8,8%	
	najvažnije	1	1,6%	2	2,3%	3	2,0%	
	Ukupno	61	100,0%	86	100,0%	147	100,0%	
Podrška zaštiti okoliša i naporima zajednice	posve nevažno	28	45,9%	41	49,4%	69	47,9%	0,477
	od male važnosti	4	6,6%	12	14,5%	16	11,1%	
	srednje važno	14	23,0%	16	19,3%	30	20,8%	
	vrlo važno	12	19,7%	12	14,5%	24	16,7%	
	najvažnije	3	4,9%	2	2,4%	5	3,5%	
	Ukupno	61	100,0%	83	100,0%	144	100,0%	
Biti uključen u zajednička nastojanja zajednice	posve nevažno	25	41,0%	39	45,9%	64	43,8%	0,699
	od male važnosti	6	9,8%	9	10,6%	15	10,3%	
	srednje važno	13	21,3%	21	24,7%	34	23,3%	
	vrlo važno	12	19,7%	13	15,3%	25	17,1%	
	najvažnije	5	8,2%	3	3,5%	8	5,5%	
	Ukupno	61	100,0%	85	100,0%	146	100,0%	
Volontiranje u svojoj zajednici	posve nevažno	36	59,0%	52	60,5%	88	59,9%	0,268
	od male važnosti	6	9,8%	17	19,8%	23	15,6%	
	srednje važno	9	14,8%	8	9,3%	17	11,6%	
	vrlo važno	7	11,5%	8	9,3%	15	10,2%	
	najvažnije	3	4,9%	1	1,2%	4	2,7%	
	Ukupno	61	100,0%	86	100,0%	147	100,0%	

Izvor: Vlastiti izvor 2019.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za pitanje „Imanje duhovnog života“ može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p=0,021$). Dakle, može se reći, s razinom pouzdanosti od 95 %, kako postoji statistički značajna razlika za pitanje „Imanje duhovnog života“ s obzirom na spol ispitanika, pri čemu 9,8 % muških ispitanika navodi „najvažnije“, u odnosu na 17,6% ženskih ispitanika.

3.5 Rasprava

Percepcija kvalitete života svake osobe je različita, a ovisi o prethodnom stilu života, sadašnjem načinu života i ambicijama, pa je mjerenjem kvalitete življenja uz procjenu funkcionalnih sposobnosti, emocionalnog i kognitivnog stanja, te socijalnog i materijalnog statusa potrebno utvrditi specifične potrebe starijih osoba (Leutar idr. 2007, 329).

Po Dieneru i suradnicima, koncept kvalitete života je širok, a „obuhvaća način na koji pojedinac mjeri 'dobrotu' iz više aspekata svog života, što uključuju emocionalne reakcije na životne događaje, raspoloženje, osjećaj ispunjenosti života i zadovoljstvo radnim i osobnim odnosima“ (Diener idr. 1999 v Theofilou 2013, 151). Percepcija osobe o kvaliteti života ovisi i o specifičnostima područja u kojoj osoba živi, te je prilikom mjerenja iste od velike važnosti uzeti u obzir i karakteristike područja (Nordbakke i Schwanen 2014, 125).

Ruralna i otočna područja su područja, koja obiluju specifičnim karakteristikama i kojima je potrebno posvetiti veću pozornost, upravo iz razloga velikog odljeva stanovništva, kao i velikog postotka pretežno starijeg stanovništva koje boravi na ovim područjima.

Ciljevi doktorske disertacije su istraživanjem utvrditi postojanje razlika u kvaliteti života između starijih osoba u ruralnim kopnenim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije, kao i razinu njihovog zadovoljstva životom u sredini u kojoj borave, te utvrditi: postojanje socijalne podrške, tjelesne aktivnosti (u kontekstu različitih načina provođenja slobodnog vremena), kao i mogućnosti prognoze pojedinih domena kvalitete života.

U istraživanju je ukupno anketirano 300 starijih osoba ($N = 300$), koji su grupirani u dvije skupine. Prvu skupinu ispitanika činilo je sto pedeset ($N = 150$) starijih osoba nastanjenih na Elafitskim otocima (Šipan, Lopud, Koločep), što se odnosi na 50,0 % ukupnog broja ispitanika, dok su drugu skupinu od sto pedeset starijih osoba ($N = 150$) činili stanovnici Dubrovačkog primorja (50%) (Tablica 3.)

U disertaciji su postavljene sljedeće hipoteze:

H 1. Postoje statistički značajne razlike u kvaliteti života ispitanika otok / kopno, kao i njihovog zadovoljstva životom, postojanja socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti (kao i načinima provođenja slobodnog vremena) (glavnim zavisnim varijablama istraživanja), lokusu kontrole u odnosu prema mjestu življenja – otok / kopno, u smjeru povoljnijih pokazatelja za ispitanike koji žive na kopnu.

H 2. Ne postoje statistički značajne razlike u kvaliteti života, kao i njihovom zadovoljstvu životom, postojanju socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti, lokusu kontrole u odnosu prema spolu ispitanika.

H 3. Postoji međusobna povezanost između glavnih zavisnih varijabli istraživanja, te njihova povezanost s dobi, spolom i stručnom spremom ispitanika.

H 4. Postoji mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života na temelju preostalih glavnih varijabli istraživanja, te izabranih sociodemografskih karakteristika.

Prilikom obrade podataka ispitanici obje skupine (otočno/ruralno kopneno), su grupirane u tri skupine prema kronološkoj dobi. Većina zemalja kao donju granicu starosti navodi dob od 60 ili 65 godina, kada se iz radno aktivne faze prelazi u fazu umirovljenja, s čim se mijenjaju socijalne uloge (Galić idr. 2012, 4). U našem istraživanju ispitanici su podijeljeni u tri skupine, koristeći podjelu Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) u kojoj se u starije osobe ubrajaju svi od 60 do 75 godina, u stare osobe od 76 do 90 godina, i u vrlo stare osobe one starije od 90 godina života. U prvu skupinu svrstani su ispitanici oba spola u dobi od 60 do 75 godina, u drugu skupinu ispitanici u dobi od 76 do 90 godina i u treću skupinu ispitanici u dobi od 91 godine i više. Rezultati nam pokazuju da 56,0 % (N = 84) ispitanika s Elafitskih otoka u koje se ubrajaju Šipán, Lopud, Koločep je u skupini 60 – 75 godina u odnosu prema 44,0 % (N = 66) ispitanika iz Dubrovačkog primorja, nadalje 42,7 % (N = 64) ispitanika s Elafitskih otoka - Šipán, Lopud, Koločep ima 76 – 90 godina u odnosu prema 52,0 % (N = 78) ispitanika iz Dubrovačkog primorja, te najzad 1,3 % (N = 2) ispitanika s Elafitskih otoka - Šipán, Lopud, Koločep ima 91 i više godina u odnosu prema 4,0% (N = 6) ispitanika iz Dubrovačkog primorja (Tablica 4.). Prosječna dob ispitanika s Elafitskih otoka - Šipán, Lopud, Koločep iznosi 74,53 godina, dok prosječna dob ispitanika iz Dubrovačkog primorja iznosi 77,30 godina (Tablica 5.).

Kao što je već ranije spomenuto, Dubrovačko-neretvanska županija ima najveći postotak dobne skupine od 85 godina i više u ukupnosti starijeg stanovništva (9,68 %) (Ministarstvo socijalne politike i mladih 2014, 7-8). Po istraživanjima koja su rađena 2001. godine, prema tipizaciji dobnog sastava stanovništva, općina Dubrovačko primorje se nalazila na granici između duboke starosti i izrazito duboke starosti (Karlić Mujo 2010, 126). S prosječnom gustoćom naseljenosti od svega 11 stanovnika na km², ovo je najrjeđe naseljena općina u

Dubrovačko-neretvanskoj županiji, danas sa stanovništvom indeksa starosti od 168,57, što ukazuje na tip dobnog sastava stanovništva izrazite duboke demografske starosti, a što nam govori o kontinuiranom rastu udjela starog stanovništva od 2001. godine i u isto vrijeme smanjenju broja mlađe populacije (Državni zavod za statistiku 2013, 80). Od ukupnog broja stanovnika (2170), 570 osoba je starije od 65 godina, od kojih je 295 starijih od 75 godina (Državni zavod za statistiku 2013, 80). Iz navedenih podataka evidentno je da se na području Dubrovačkog primorja nalazi stanovništvo veće životne dobi nego na otocima, a što nam potvrđuje i vrijednost signifikantnosti za dob ispitanika koja iznosi manje od 5 %, odnosno $p=0,006$. Dakle, postoji statistički značajna razlika za dob ispitanika s obzirom na ispitanike s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačkog primorja. Pritom su rangovi značajno viši (vrijednost dobi je viša) kod ispitanika iz Dubrovačkog primorja (Tablica 7.).

S obzirom na spol ispitanika, razina signifikantnosti Hi kvadrat testa između spola ispitanika i promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje) iznosi 0,351 ($p>0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina (Tablica 9.). Ispitanici muškog spola iz otočne sredine (Elafitski otoci) činili su 46,0 % ($N = 69$), a iz kopnene ruralne sredine (Dubrovačko primorje) 40,7 % ($N = 61$). Ženski spol u otočnoj sredini (Elafitski otoci) činile su 54,0 % ($N = 81$), a iz ruralne sredine (Dubrovačko primorje) 59,3 % ($N = 89$), što ukazuje na prevagu ženskog stanovništva, a što se podudara i s prijašnjim istraživanjima (Glamuzina idr. 1999, 93; Panagiotakos idr. 2011, 4; Šterc i Šterc 2016, 57-59).

Daljnjom analizom dobivenih podataka kod stručne spreme ispitanika uočeno je kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ($p<0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje) (Tablica 11.), pri tome 33,3 % ($N=50$) ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep navodi NSS, dok 40,0 % ($N=60$) ispitanika iz Dubrovačkog primorja navodi NSS. Najveći broj ispitanika na Elafitskim otocima navodi SSS 41,3 % ($N = 62$), za razliku od samo 14 % ($N = 21$) ispitanika Dubrovačkog primorja. Nadalje iz rezultata je evidentno da VŠS i VSS ima 12,7 % ($N = 19$) ispitanika otočnog područja, za razliku od kopnenog ruralnog područja, gdje samo 2,0 % ($N = 3$) ispitanika navode VŠS i nijedan VSS. Jedan dio ispitanika ruralnog područja (Dubrovačko primorje), njih 44,0 % ($N=66$) nije naveo stručnu spremu, pa je za pretpostaviti da imaju nepotpunu osnovnu školu, a što je značajno više za razliku od otočnog područja gdje samo 12,7 % ($N= 19$) nije navelo stupanj obrazovanja.

Istraživanje koje je provedeno na otoku Icaria u Grčkoj, koji se ubraja u jedno od pet područja „Plavih zona“, u kojima ljudi žive duže i aktivnije do duboke staračke dobi, pokazalo je da je obrazovni status ispitanika također bio vrlo nizak – 20,3 % ispitanika imalo je djelomično završenu ili uopće nije imalo završenu osnovnu školu (Panagiotakos idr. 2011, 4).

Neka istraživanja navode da stupanj obrazovanja ima utjecaj na kvalitetu života, tj. da je u pozitivnoj korelaciji sa zadovoljstvom života i srećom, što Lučev i Tadinac tumače većim rasponom mogućnosti i dostupnih resursa (Ryff idr. 1999; Wahl idr. 2004; Pastuović idr. 1995 v Lučev i Tadinac 2010, 267). Fernández-Ballesteros (2001) navodi obrazovanje kao jedan od najvažnijih zaštitnih čimbenika „dobrog fizičkog i kognitivnog funkcioniranja“, te njegov neizravan utjecaj na kvalitetu života starije osobe, upravo iz razloga bolje prilagodbe na novonastale situacije (Fernández-Ballesteros 2001 v Ponce idr. 2011, 124). Rezultati studije koja je provedena u Čileu (2011), a s ciljem ispitivanja kvalitete života starijih osoba, pokazali su da je obrazovna razina bila važna varijabla koja je povezana s aktivnošću, samoučinkovitošću, kao i socijalnim segmentom, jer veća razina obrazovanja omogućuje stjecanje psihosocijalnih vještina, koje omogućavaju bolju prilagodbu na novonastale promjene, kao i suočavanje sa starošću (Ponce idr. 2011, 136-137).

Što se tiče gospodarstva, dva svjetska rata ostavila su velike posljedice, kako na demografsko, tako i na gospodarsko stanje u Dubrovačkom primorju. Glavni izvori prihoda, kao i jedino zanimanje stanovništva, je bila poljoprivreda u smislu maslinarstva, vinogradarstva, uzgoja voća, duhana, kao i skupljanja ljekovitog i aromatičnog bilja (Karlić Mujo 2010, 115). U novije doba, razvojem turizma, stanovništvo se sve više počinje baviti i uslužnim djelatnostima uz poljoprivredu. Iz rezultata istraživanja vidljivo je da najveći broj ispitanica kao zanimanje navodi „domaćica“, njih 42 % (N = 50) od ukupno 119 ispitanika koji su dali odgovor, nakon čega slijedi odgovor poljoprivrednik/ca (6,72 %) i uslužna i trgovačka zanimanja (5,88 %), što ukupno iznosi 12,6 % (N = 15). Čak 43,70 % (N = 52) zanimanja je nekategorizirano i stavljeno pod „Ostalo“, a u što spadaju sva ostala navedena zanimanja (nastavnik, vojnik, varioc, cestar, brodstrojar, građevinar, klesar, radnik, vozač, vrtlar) (Tablica 13.).

Poljoprivreda (maslinarstvo, vinogradarstvo) i stočarstvo, uz ribarstvo i pomorstvo, kroz stoljeća su bili osnovna zanimanja, kao i izvori prihoda na otocima, te su stanovnici u jednom zatvorenom okružju samostalno proizvodili sve potrebno za egzistenciju (Magaš idr. 2001, 48). Bez obzira na inzularnost i problem odvojenosti od kopna, Elafitski otoci su u većoj

povezanosti s glavnim urbanim središtem od Dubrovačkog primorja, što omogućava dnevnu fluktuaciju stanovništva, a što je vidljivo i iz stupnja obrazovanja, kao i navedenih zanimanja.

Na Elafitskim otocima je situacija u skladu s rezultatima koji su dobiveni na pitanje o stručnoj spremi. Samo 13,99 % ženskih ispitanica odredile su se kao „domaćice“ (N = 20), dok na kategorije Poljoprivrednik/ca i Uslužna i trgovačka zanimanja otpada 20,97 % ispitanika (N = 30). 60,14 % (N = 86) je stavljeno u kategoriju Ostalo (nastavnik, odgajatelj, kipar, službenik, pomorac, ekonomist, profesor) (Tablica 12.). Razvojem turizma veliki broj stanovnika počnje se baviti turizmom i ugostiteljstvom, što je i danas prisutno u velikoj mjeri i što uz mirovinu, donosi dodatna financijska sredstva. U našem istraživanju ispitanici s oba područja, na pitanje o financijama, u najvećem postotku odgovaraju „Umjereno“ (Elafitski otoci 44,0 % (N = 66) - Dubrovačko primorje 47,3% (N = 70)), dok „U znatnoj mjeri“ daje odgovor 24,7 % (N = 37) ispitanika otočnog područja i 27,0 % (N = 40) ispitanika ruralnog kopnenog područja. Mali postotak ispitanika na Elafitskim otocima navodi nedostatak novca za zadovoljavanje svojih potreba, samo 2,7 % (N = 4), dok je na području Dubrovačkog primorja taj postotak malo veći, a odnosi se na 6,8 % ispitanika (N = 10) ispitanika (Tablica 16.).

Starenjem dolazi do promjena u funkcioniranju organa, odnosno promjena koje su karakteristične za stariju životnu dob. Što je osoba starija, veće su mogućnosti zdravstvenih problema kao što su: oštećenje sluha, oštećenje vida, gubitak pamćenja, artritis, osteoporoza, hipertenzija, srčane bolesti i dijabetes (Seangpraw idr. 2019, 451). Posljednjih desetljeća broj oboljelih od kroničnih poremećaja je u porastu, upravo zbog porasta broja osoba starije životne dobi, kao i pojavnost multimorbiditeta (dvije ili više kroničnih bolesti), gdje je prevalencija 55–98 % (Rizzuto idr. 2017, 1056-1057). Kao najčešće kronične bolesti osoba treće životne dobi navode se: kardiovaskularne bolesti, karcinomi, dijabetes melitus i demencija (Lee idr. 2009, 511). Iako danas starije osobe žive dulje nego prethodne generacije, teret bolesti koji je povezan s dobi je istog intenziteta i s obzirom na sve stariju populaciju ubraja se u područje moderne medicine. To zahtijeva hitne intervencije u smislu razvoja inovativnih strategija za poboljšanje zdravstvenog stanja starije populacije i smanjenje tereta kroničnih bolesti (Burch 2014, S2).

Kronične bolesti i funkcionalna ograničenja uslijed njih mogu u velikoj mjeri utjecati na zadovoljstvo i kvalitetu života starije populacije u smislu funkcioniranja u tjelesnom, psihološkom i socijalnom segmentu (Ambrosi-Randić idr. 2017, 232). U rezultatima

istraživanja koje su isti autori proveli na uzorku starijih od 236 osoba u dobi od 60 do 95 godina najveći postotak ispitanika (51,7 %) je naveo kardiovaskularne bolesti, a 22 % ispitanika bolesti kostiju, zglobova i mišića.

U našem istraživanju rezultati su slični. Najveći postotak ispitanika s otočnog područja (od njih 136) kao zdravstveni problem navode hipertenziju, 46,32 % (N = 63), što se podudara i s rezultatima ispitanika Dubrovačkog primorja (45,99 %). Kao drugi najčešći zdravstveni problem navode bol u mišićima, zglobovima i kostima, i to 26,47% ispitanika Elafitskih otoka, i 23,36% ispitanika Dubrovačkog primorja. Na trećem mjestu nalazi se dijabetes, od kojega, od ukupnog broja ispitanika na Elafitskim otocima, boluje 17,65 % (N = 24), a na području općine Dubrovačko primorje 20,44 % (N = 28). Od ukupnog broja ispitanika oboljelih od neke vrste karcinoma (debelo crijevo, dojka, mjehur, prostate, sarkom glave, bubreg, maternica), 9,56 % (N = 13) se odnosi na ispitanike Elafitskih otoka i 8,76 % (N= 12) na ispitanike Dubrovačkog primorja. 14 odnosno 13 ispitanika (Elafitski otoci/Dubrovačko primorje) nije navelo nijedan zdravstveni problem.

Pozitivna samopercepcija ima veliki utjecaj na zdravlje, prilagodbu starenju i kvalitetu života starijih osoba (Tomečak idr. 2014; Fernández-Ballesteros idr. 2013, 121). Ellen J. Langer (2012), u svojoj knjizi "Vratite svoj biološki sat unatrag" uspoređuje prilagodbu starenju i promjenama vezanima uz bolest s prilagodbom promjenama vezanim uz godišnja doba, kojima se cijeli život prilagođavamo i funkcioniramo u skladu s njima, i navodi: "Praćenje varijabilnosti, donosi nam povećani osjećaj kontrole zbog kojega ćemo posvetiti više pozornosti svakoj situaciji; veća promišljenost poboljšava naše zdravlje i povećava kontrolu nad simptomima bolesti." (Langer 2012, 76). Loša prilagodba i percepcija starosti kao negativnog životnog razdoblja rezultira nezadovoljstvom životom, kao i nemogućnošću prihvaćanja procesa starenja sa svim promjenama i kroničnim stanjima koje donosi, a što je vidljivo i u našem istraživanju u izjavama dvoje ispitanika koji kao zdravstveni problem navode godine i starost: „Prošlo 70 godina”, i „Ništa nije u redu.”

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, 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. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije WHOQOL-BREF je proširen

nekolicinom pitanja koja se odnose na tjelesno kretanje: dužinu pješaćenja, dužinu pješaćenja odjedanput, brzinu hodanja, te tjelesni simptomi i mentalno stanje. Za svako pitanje je prikazana frekvencija i postotak, aritmetička sredina i standardna devijacija. Posebno su komentirana pitanja kod kojih je zabilježena najmanja i najveća vrijednost aritmetičke sredine odgovora ispitanika.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep bilježimo za pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,14, dok standardna devijacija iznosi 0,91, zatim: „Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,13, dok standardna devijacija iznosi 0,90 (Tablica 16.)

Od ukupnog broja ispitanika (N =150), 41 ,3% (N = 62) iskazuje zadovoljstvo svojim odnosima s bliskim osobama „U najvećoj mjeri“, a 37,3 % (N = 56) „U znatnoj mjeri“. Samo jedan manji broj ispitanika navodi nezadovoljstvo odnosima s bliskim osobama, ukupno 4,6 % („Pomalo“ 3,3 %, „Uopće ne“ 1,3%). Na isto pitanje „Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?“ nije uočena statistički značajna razlika u odnosu na ispitanike Dubrovačkog primorja, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,94, dok standardna devijacija iznosi 1,00. Najveći broj ispitanika 43,2 % (N = 63) u istraživanju je „U znatnoj mjeri“ zadovoljan svojim odnosima s bliskim osobama, dok 31,5 % (N = 46) je zadovoljno „U najvećoj mjeri“. U odnosu na ispitanike Elafitskih otoka, malo veći postotak je ispitanika koji navodi djelomično zadovoljstvo ili nezadovoljstvo odnosima s bliskim osobama, ukupno 9,5 % (N =14), od kojih 2,7 % (N = 4) uopće nije zadovoljno, a 6,8 % (N =10) je zadovoljno djelomično, dajući odgovor „Pomalo“. Prilikom mjerenja kvalitete života socijalna mreža pojedinca je parametar koji je od velike važnosti. Obiteljska podrška je primarni izvor podrške u svakodnevnom funkcioniranju u smislu emocionalne, materijalne, praktične pomoći i “okosnica sustava dugotrajne skrbi” (Bađun 2015, 1-2), dok je podrška od strane društva (prijatelji, susjedi) od velikog značaja za što bolju prilagodbu starenju (Haifeng idr. 2014, 2). Isti autori navode da podrška obitelji ima puno snažniji učinak na smanjenje negativnosti, u starijoj životnoj dobi, kao što su depresija, usamljenost, socijalna izoliranost od same podrške društva, što su pokazali i rezultati njihovog istraživanja koje je provedeno u Kini na uzorku od 700 starijih osoba (Haifeng idr. 2014, 1-2). S obzirom da je emocionalna stabilnost jedan od važnih faktora za uspješno starenje, a starije osobe često s vremenom postaju ovisne o emocionalnoj potpori, održavanje dobrih odnosa, kako s obitelji, tako i sa zajednicom, od velikog je značaja za postizanje

emocionalnog blagostanje starijih osoba (Rusac idr. 2016, 50-51). Rezultati istraživanja (Zoranić 2018) koje je provedeno među 113 korisnika domova za starije i nemoćne u Dubrovačko-neretvanskoj županiji, starijih od 65 godina na temu povezanosti socijalne podrške i zadovoljstva životom, pokazali su da je postojanje mreže podrške većini ispitanika od velikog značaja za kvalitetno starenje, dok je s druge strane manji broj ispitanika iskazao nepostojanje socijalne podrške, što se odrazilo na njihovu kvalitetu života, te rezultiralo nezadovoljstvom (Zoranić 2018, 46). Jednako tako, rezultati istraživanja pokazali su da postoje razlike u kvaliteti života starijih osoba u domovima za stare i nemoćne, kao i njihovog zadovoljstva životom, s obzirom na socijalnu podršku, te da je nedostatak podrške u velikoj mjeri povezan s usamljenošću.

Starenje u vlastitom domu je puno više od funkcionalnih pitanja, međutim usljed promjene strukture obitelji i odlaska mladih iz ovih područja, dovode se u pitanje neformalni sustavi pomoći starijim osobama koje ostaju u ovim područjima. Osiguravanje što duže samostalnosti starijih osoba, te omogućavanje življenja u vlastitom kućanstvu uz potrebnu podršku, omogućuje stvaranje temelja za kvalitetno starenje (Žganec idr. 2008, 183), što je u skladu i s preporukama Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization 2012). Institucionalizacija starijih osoba vrlo često ima negativan učinak na kvalitetu starenja. Cilj društva je smanjenje iste, zbog čega se politika skrbi u europskim zemljama sve više usmjerava prema pružanju izvaninstitucionalne skrbi, a s ciljem što duljeg zadržavanja starijih osoba u njihovom domu, osiguravajući sve što je potrebno za kvalitetan život u smislu formalne i neformalne skrbi (Žganec idr. 2008, 186). Sama promjena boravišta uzrokuje veliku nelagodu i stres u starijoj dobi, a najveći problem je izdvajanje osobe iz fizičke i socijalne sredine u kojoj egzistira dugi niz godina, što često rezultira velikim nezadovoljstvom životom i lošom kvalitetom života (Lovreković i Leutar 2010, 59). U istraživanjima koja su provedena o važnosti starenja u vlastitom kućanstvu, najjači je fokus na kvaliteti smještaja, socijalnoj podršci i skrbi (Bayer i Harper 2000; Judd idr. 2010 v Wiles idr. 2012, 357). Važnost starenja u vlastitom domu, ističe se i u istraživanju koje su proveli Black i suradnici (2015), gdje su rezultati pokazali šest područja na koje je potrebno djelovati kako bi se omogućila bolja kvaliteta života starijih osoba, između kojih je i starenje u vlastitom domu, a što su u istraživanju naglasile i same starije osobe (Black idr. 2015, 119). Isti autori navode dostojanstvo i neovisnost kao temeljne faktore za kvalitetno starenje, a ostanak u vlastitom domu im to omogućuje, kao i autonomiju, tj. samostalno odlučivanje o životu (Wiles idr. 2012 v Black idr. 2015, 221).

Fizičko (kućno) okruženje u velikoj mjeri pridonosi kvaliteti starenja u vlastitom kućanstvu, koje uz prilagodbu prostora može poboljšati neovisnost starijih osoba i samostalno funkcioniranje (Lawton 1982 v Wiles idr. 2012, 357-358). Kućno okruženje, tj. okoliš uključuje fizičke karakteristike prostora u kojoj osoba boravi, kao i socijalni segment koji se odnosi na formalnu i neformalnu pomoć, te uključenost u socijalne aktivnosti (Thomése i van Groenou 2006, 170). „Starenje na mjestu“ je shvaćeno kao prednost u smislu osjećaja: povezanosti i sigurnosti (prijevoz i zdravstvene usluge, podrška starenju), te „topline“ zbog poznatog okruženja, kao i već spomenutog osjećaja neovisnost i autonomije, što je i pokazalo istraživanje autora Wilesa i suradnika (Wiles idr. 2012, 364-365). Istraživanje je provedeno na Novom Zelandu, na temu „Koje je idealno mjesto za starenje?“ na uzorku od 121 osobe u dobi od 56 do 92 godine. Rezultati su pokazali da starije osobe žele samostalno odabrati gdje će i na koji način stariti, a prednost se daje vlastitom kućanstvu, upravo iz razloga poznatog okruženja, koje pruža osjećaj sigurnosti i pripadnosti zajednici, što je od velike važnosti za osjećaj identiteta, kao i važnost odnosa i uloga u socijalnoj sredini čime se postiže zadovoljstvo na osobnoj razini (Wiles idr. 2012, 364-365). Shvaćajući važnost stvaranja što povoljnijeg okruženja (prijevoz, adekvatan smještaj, uključenost u zajednicu), a s ciljem omogućavanja starijim osobama što bolje kvalitete života, Svjetska zdravstvena organizacija je u sklopu projekta *Age-friendly* okoliš u Europi (AFEE) 2013.-2016. izdala i publikaciju s alatima za kreiranje novih politika i provedbi istih, a u smislu aktivnog i zdravog starenja (World Health Organization 2016, 2).

Analizom rezultata u disertaciji, uz najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka (Šipan, Lopud, Koločep) na pitanje: „Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?“, visoke vrijednosti bilježimo i za pitanje: „Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,13, dok standardna devijacija iznosi 0,90. Od ukupnog broja (N = 150) ispitanika, 40,7 % (N = 61) iskazuje zadovoljstvo uvjetima svog stambenog prostora „U najvećoj mjeri“, a 36,7 % (N = 55) „U znatnoj mjeri“. Samo 1,3 % (N = 2) ispitanika navodi nezadovoljstvo uvjetima u kojima žive. Na isto pitanje „Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?“, nije uočena statistički značajna razlika u odnosu prema ispitanicima Dubrovačkog primorja gdje je jednako tako najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika zabilježena za ovo pitanje, a iznosi 4,07, dok standardna devijacija iznosi 0,75. Najveći broj ispitanika Dubrovačkog primorja, njih 50,3 % (N = 74) je „U znatnoj mjeri“ zadovoljno uvjetima svog stambenog prostora, dok je nešto manji postotak od ispitanika na Elafitskim otocima, njih 29,3 % (N = 43) zadovoljno „U najvećoj mjeri“. Između ispitanika

u Dubrovačkom primorju nijedan nije naveo nezadovoljstvo, a djelomično nezadovoljstvo je navelo 2 % ispitanika (N = 3), što je opet manje nego na otočnom području.

Uz zadovoljstvo stambenim prostorom kao jednim od parametara kvalitete života su i uvjeti koji se odnose na okoliš u kojemu starija osoba boravi. Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja uz pitanje: „Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora“, bilježimo i za pitanje „Koliko je zdrav Vaš okoliš?“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,92, dok standardna devijacija iznosi 0,85. U odnosu prema ispitanicima s Elafitskih otoka na ovo pitanje nije uočena statistički značajna razlika. Najveći postotak ispitanika Dubrovačkog primorja smatra da je okoliš u kojem žive zdrav „U znatnoj mjeri“, što se odnosi na 48,0 % (N = 71), kao i 45,3 % (N = 68) ispitanika s Elafitskih otoka. 25,0 % (N = 37) ispitanika Dubrovačkog primorja smatra da je okoliš u kojem žive zdrav „U najvećoj mjeri“, kao i malo veći postotak ispitanika Elafitskih otoka, njih 35,3 % (N = 53). Nezadovoljno i djelomično zadovoljno je 5,4 % (N = 8) ispitanika u Dubrovačkom primorju i 6,0 % (N = 9) ispitanika na otočnom području. Ekologija čovjeka se bavi proučavanjem odnosa čovjeka i njegove okoline. Starenje smatramo kontinuiranom prilagodbom promjenama koje nastupaju u smislu funkcioniranja i ograničenja do kojih dolazi samim procesom starenja. Okolina je jedan od bitnih faktora u samom procesu prilagodbe, pa se upravo iz razloga postizanja što bolje kvalitete starenja razvila grana ekologija starenja, koja proučava prilagodbu starije osobe okolini u kojoj se nalazi i promjenu okoline kao dio procesa prilagodbe, tj. svakodnevnog ponašanja u prirodnom okruženju (Lawton i Nahemow 1973). Temeljna je pretpostavka „Ekološke teorije starenja“ Lawtona i Nahemowa (1973) jest da:

„...jedinstvena kombinacija osobnih kompetencija i karakteristika okoliša određuje optimalnu razinu funkcioniranja pojedinca, gdje pod osobnim kompetencijama uključuje promjene nastale starenjem, kao što su gubitak osjeta, fizička pokretljivost gubitak i kognitivni deficit, a pod karakteristikama objektivnog okruženja: uvijete stanovanja, odnose u zajednici - susjedski odnosi i javni prijevoz.“ (Wahl idr. 2012, 306-307).

Prema Lawtonu (1982), objektivno fizičko okruženje je neživo i mjerljivo i može nametnuti ograničenja u funkcioniranju osoba starije životne dobi, ali može i pridonijeti boljoj kvaliteti života (Lawton 1982). Iz svega navedenog evidentno je da starenje u vlastitom kućanstvu,

kao i u optimalnom fizičkom okruženju, uz adekvatnu pomoć, dovodi do zadovoljstva životom, te olakšava starenje u svakodnevnim aktivnostima, održavajući rutinu i njegujući navike u poznatom okruženju. Ono što je od velike važnosti je osiguravanje sigurnog okruženja (dom i okoliš), s obzirom na postojanje multimorbiditeta kod starijih osoba. Multimorbiditet uključuje razna kognitivna oštećenja, osjetilna (vid sluh), kao i probleme s ravnotežom što uz nuspojave raznih lijekova stvara veliki rizik za ozljede uslijed pada, a što predstavlja javnozdravstveni problem jer dovodi do gubitka neovisnosti i narušavanja kvalitete života (Amann 2018, A221).

Iz naših rezultata vidljivo je da ispitanici s oba područja svoje fizičko okruženje, tj. okoliš visoko ocjenjuju i smatraju zdravim.

Najniže vrijednosti aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka (Šipan, Lopud, Koločep) zabilježene su za pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,93, dok standardna devijacija iznosi 1,21, te za pitanje „Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,19, dok standardna devijacija iznosi 1,09. Na isto pitanje „Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?“, zabilježena je najniža vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika Dubrovačkog primorja, gdje aritmetička sredina odgovora iznosi 2,06, dok standardna devijacija iznosi 1,30.

U današnje vrijeme predrasude prema seksualnosti osoba starije dobi su još uvijek velike, čak i među samim starijim osobama. Seksualnost je tema o kojoj se rijetko otvoreno govori. Autori Lončar i Lončar (2017) u svojem radu navode istraživanje koje je provedeno na Sveučilištu u Sienni koje se temeljilo na provjeravanju postoje li negativne reakcije na seksualnost kod starijih osoba i u kojemu rezultat pokazuju da je puno prihvatljivija seksualnost kada se govori o mlađoj i srednjoj životnoj dobi, nego o osobama starije dobi, te da postoje negativne reakcije (Lončar i Lončar 2017, 258). U literaturi se spominje pojam ageističke erotofobije, koja je sinonim za strah i averziju prema bilo kojem obliku seksualnosti starijih osoba, što je faktor koji otežava dobivanje informacija na temu seksualnosti (Simpson idr. 2017, 128). Rezultati istraživanja istih autora koje je provedeno u dva staračka doma u sjeverozapadnoj Engleskoj u 2014. godini na uzorku od 22 osobe (6 starijih osoba korisnika doma i fokus grupa 16 osoba zaposlenika) pokazali su da se u odgovorima ispitanika ističe djelovanje ageističke erotofobije u razgovoru, koji podcjenjuje

starije osobe kao seksualne i ističe sumnje u seksualno funkcioniranje s obzirom na dob (Simpson idr. 2017).

U našem istraživanju na pitanje „Koliko ste zadovoljni Vašim seksualnim životom?“, nije uočena statistički značajna razlika kod promatranih skupina s obzirom na promatrana mjesta (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje). Što se tiče vrijednosti aritmetičke sredine, na ovo pitanje su najniže zabilježene vrijednosti u oba ispitivana područja. Najveći postotak ispitanika otočnog područja 54 % (N = 67), od ukupnog broja (N = 123) koji su dali odgovor na ovo pitanje, navodi nezadovoljstvo seksualnim životom, dok je 4,9 % (N = 6) zadovoljno „U najvećoj mjeri“, a 7,3 % (N = 9) „U znatnoj mjeri“. Što se tiče ispitanika s područja Dubrovačkog primorja, zanimljiv je podatak da od ukupnog broja ispitanika koji su dali odgovor na ovo pitanje (N = 112), veći postotak je onih koji svoje zadovoljstvo seksualnim životom iskazuju s odgovorom „U najvećoj mjeri“ i „U znatnoj mjeri“, od ispitanika sa otočnog područja., s obzirom na statistički značajnu razliku za dob ispitanika ova dva područja, gdje su rangovi značajno viši, tj. vrijednost dobi je viša kod ispitanika iz Dubrovačkog primorja. 5.4 % (6), ispitanika je zadovoljno „U najvećoj mjeri“, dok je 12,5 % (N = 14) zadovoljno „U znatnoj mjeri“. Najveći je postotak, kao i na otočnom području, onih koji iskazuju nezadovoljstvo ovim segmentom života, a odnosi se na 51,8 % (N = 58). Manji dio ispitanika na oba područja nije dao odgovor na ovo pitanje (Elafitski otoci N = 27, Dubrovačko primorje N = 38), upravo zbog spomenutih stereotipa o seksualnosti starijih osoba, kao i nelagode razgovora o temi seksualnosti.

Miljenović (2010) u svojem radu navodi definiciju seksualnosti Američkog ogranka Svjetske zdravstvene organizacije i Međunarodnog udruženja za seksologiju (2000) koja se smatra najobuhvatnijom, te seksualnost definira kao: „osnovnu dimenziju ljudskog postojanja“ (Miljenović 2010, 28-29). World Health Organization (WHO) (2010) definira seksualnost kao:

„Središnji aspekt ljudskog života koji uključuje spol, rod, spolni i rodni identitet, seksualnu orijentaciju, erotičnost, emocionalnu privrženost i reprodukciju, a izražena je i doživljena u mislima, fantazijama, željama, vjerovanjima, stavovima, vrijednostima, aktivnostima, ulogama i odnosima.“ (WHO 2010, 4 v WHO 2015, 16).

Rezultati istraživanja autora Kalra i suradnika (2011), s ciljem utvrđivanja obrazaca seksualne aktivnosti i funkcije kod 60 osoba starijih od 50 godina (30 muškaraca i 30 žena)

koje je provedeno u Mumbaju, pokazali su da je 72 % ispitanika mlađih od 60 godina seksualno aktivno, dok taj postotak kod ispitanika starijih od 60 godina iznosi samo 57%. Statistička analiza pokazala je značajan utjecaj spola (ženski spol), zdravstvenog stanja (kronične bolesti) i obrazovanja (otvoreniji u razgovoru) na seksualnu aktivnost u starijoj dobi (Kalra idr. 2011, 303-305).

Uz najnižu vrijednost aritmetičke sredine odgovora Dubrovačkog primorja na pitanje o zadovoljstvu seksualnim životom, niska vrijednost zabilježena je i za pitanje „Imate li prilike za rekreaciju?“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,30, dok standardna devijacija iznosi 1,29. Najveći broj ispitanika 40,4 % (N = 59) navodi „Uopće ne“, a 17,1 % (N = 25) „Pomalo“. 19,9 % (N = 29) smatra da „U znatnoj mjeri“ ima prilike za rekreaciju, a samo 4,1 % (N = 6) daju odgovor „U najvećoj mjeri“. Analizirajući odgovore ispitanika Elafitskih otoka veći postotak je onih koji smatraju da „U najvećoj mjeri“ imaju prilike za rekreaciju, njih 9,4 % (N = 14), a 22,8 % (N = 34) „U znatnoj mjeri“. Najveći postotak ispitanika je odgovorio „Umjereno“, njih i to 32,9 % (N = 49). Promatrajući odgovore ispitanika oba područja, uočena je manja razlika u odgovorima, gdje ispitanici otočnog područja po odgovorima navode više prilika za rekreaciju, od ispitanika Dubrovačkog primorja, što se može protumačiti manjim prosjekom godina na otocima, kao i samom percepcijom rekreacije.

Pod pojmom rekreacija se smatraju aktivnosti kojima se pojedinac bavi u slobodno vrijeme, a usmjerene su na opuštanje i kvalitetan odmor. „Višak“ slobodnog vremena, koji se javlja nakon umirovljenja može se iskoristiti na razne načine. Rekreacija i slobodno vrijeme imaju višestruka značenja ovisno o životnoj percepciji svake osobe, a odabir aktivnosti u najvećoj mjeri ovisi o navikama i načinu života, sredini u kojoj žive (ruralna, gradska), kao i motivaciji, a što nam potvrđuju i odgovori dvoje ispitanika koji kao rekreaciju navode kopanje, rad u polju i vrtlarenje. Veliki je raspon aktivnosti koje se smatraju rekreacijom, a kreću se od pasivne do aktivne rekreacije, kao što su gledanje televizije, čitanje, druženje, šetnje, pa do sportskih aktivnosti, vježbanja, plesa, planinarenja, putovanja, ovisno o individualnoj percepciji svake osobe (McLean i Hurd 2011, 2), a „razlikuju se s obzirom na razinu uključenosti pojedinca i intenzitet kojim se osoba njima bavi“ (Podgorelec idr. 2017, 199). Slobodno vrijeme je važan segment života i njegova uloga u cjelokupnom blagostanju starije populacije je od velikog značaja. Kao zaštitni faktor od depresivnih stanja u starijoj dobi i dobrobiti starijih osoba, Fastame i suradnici (2018) upravo navode način provođenja slobodnog vremena u smislu aktivnosti (Fastame idr. 2018, 178).

U dijelu upitnika u kojem je naveden niz tvrdnji koje govore o učestalosti provođenja slobodnog vremena na određene načine, htjelo se ispitati što je ispitanicima i u kolikoj mjeri važno u odnosu na različita pitanja povezana s navedenom temom. Ispitanici su aktivnosti označavali na skali od 1 do 5, ovisno o učestalosti provođenja slobodnog vremena na navedene načine.

Statistički značajna razlika između Elafitskih otoka (Šipan, Lopud, Koločep) i Dubrovačkog primorja nije uočena ($p > 0,05$) kod pitanja: vrijeme s obitelji i prijateljima, kartanje i društvene igrice, računarstvo i igranje računalnih igara, vjerske obveze, dok se odgovori na sva ostala pitanja značajno razlikuju kod promatranih skupina. Najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika sa Elafitskih otoka zabilježena je za pitanja: vrijeme s obitelji i prijateljima gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,95 dok standardna devijacija iznosi 0,85, zatim vino, hrana, kuhanje, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,86 dok standardna devijacija iznosi 1,18.

Najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja zabilježena je za isto pitanje: vrijeme s obitelji i prijateljima, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,68, dok standardna devijacija iznosi 1,04, zatim vrtlarstvo gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,20, dok standardna devijacija iznosi 1,49.

Najniže vrijednosti aritmetičkih sredina odgovora obje skupine ispitanika zabilježene su za računarstvo i igranje računalnih igara. Aritmetička sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka (Šipan, Lopud, Koločep) na ovo pitanje iznosi 1,31, dok standardna devijacija iznosi 0,85, dok za ispitanike iz Dubrovačkog primorja aritmetička sredina iznosi 1,14, dok standardna devijacija iznosi 0,54. Najveći postotak ispitanika na oba područja na pitanje o učestalosti korištenja računalstva i igranje računalnih igara u slobodno vrijeme daje odgovor „vrlo rijetko ili nikada“, a što se odnosi na 85,7 % ($N = 126$) ispitanika s Elafitskih otoka i čak 92,5 % ($N = 136$) ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Uz računarstvo i igranje računalnih igara najniže vrijednost aritmetičkih sredina zabilježene su i za sport i tjelovježbu kod ispitanika s Elafitskih otoka, gdje aritmetička sredina odgovora iznosi 1,78, dok standardna devijacija iznosi 1,08, kao i za rekreaciju vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.) za ispitanike Dubrovačkog primorja, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,31, dok standardna devijacija iznosi 0,84. Konkretno, na pitanje o korištenju slobodnog vremena u kategoriji Rekreacija vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.), od ukupnog broja ispitanika Dubrovačkog primorja ($N = 146$), koji su dali odgovor na ovo pitanje, njih 84 % ($N = 124$) je odgovorilo „vrlo rijetko ili nikad“, dok je samo 1,4 % ($N = 2$) ispitanika navelo da „izrazito često ili uvijek“ slobodno vrijeme koristi

za rekreaciju vani. Pogleda li se razina signifikantnosti na ovo pitanje (Rekreacija vani – planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.) može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci – Dubrovačko primorje). Pritom 49,09 % ispitanika s otočnog područja (Elafitski otoci) navodi da „vrlo rijetko ili nikad“, svoje slobodno vrijeme provodi u rekreaciji u odnosu prema navedenih 84,9 % ispitanika iz ruralnog kopnenog područja (Dubrovačko primorje), dok ih 11,4 % ($N = 10$) „izrazito često ili uvijek“ slobodno vrijeme provodi u rekreaciji izvan kuće. Čak 14,1 % ($N = 21$) ispitanika s Elafitskih otoka navodi da „često“ slobodno vrijeme provodi u rekreaciji, za razliku od samo 4,1 % ($N = 6$) ispitanika Dubrovačkog primorja. Na ovakve rezultate može imati utjecaja i percepcija društva o starijima i starenju, upravo zbog negativnih stavova i predrasuda (Zovko i Vukobratović 2017, 111-112), posebno u manjim, tradicionalnim sredinama, gdje postoji mišljenje o tome što je primjereno za starije osobe, a što nije. Kao što navode autori Schaie i Willis (2001), takva vjerovanja i stereotipi rezultiraju „pojednostavljenim i pristranim nazorima o starim ljudima“ (Schaie i Willis 2001, 16), što bi moglo pomoći tumačenju i ovakvih rezultata.

Paradigma uspješnog starenja, prema Rowe i Kahn (1997) podrazumijeva uključenost u izvođenje aktivnosti koje daju osjećaj korisnosti ili održavanje bliskih odnosa (Rowe i Kahn 1997). Podgorelec i suradnici (2017) navode da aktivno ispunjeno slobodno vrijeme ima pozitivan utjecaj na sve aspekte kvalitete života pojedinca obuhvaćajući zdravlje društvenu i duhovnu dobrobit, dok se aktivnosti kojima ispunjavaju novonastalo slobodno vrijeme razlikuju „s obzirom na razinu uključenosti pojedinca i intenzitet kojim se osoba njima bavi, pa se tako dijele na tjelesne, kulturne, društvene ili pojedinačne oblike dokolice“ (Podgorelec idr. 2017, 198-199). Rezultati istraživanja provedenog na uzorku od 8245 osoba od 65 do 105 godina. godina u SAD -u, a čiji je cilj bio prikazati omiljene aktivnosti starijih osoba, pokazali su da je veliki broj ispitanika odabrao fizičku aktivnost, kao što su hodanje, trčanje, sport i aktivnosti izvan kuće, više nego pasivnije aktivnosti kao što su gledanje TV, prisustvovanje vjerskim službama, što je suprotno stereotipima da starije osobe više prakticiraju pasivnije aktivnosti (Szanton idr. 2015, 134). Kao četiri najčešće aktivnosti koje su se istaknule bile su hodanje/trčanje (14 %), aktivnosti izvan kuće kao što su vrtlarenje, uređivanje okućnice (12,64 %), sport (8,9 %) i ostale tjelesne aktivnosti (8,73 %), dok se od pasivnih aktivnosti ističe čitanje (8,81 %) (Szanton idr. 2015, 133).

U našem istraživanju kao najčešće načine korištenja slobodnog vremena uz druženje s obitelji i prijateljima ispitanici Elafitskih otoka navode uživanje u „Vinu hrani i kuhanju“,

gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,86, dok standardna devijacija iznosi 1,18, dok ispitanici iz Dubrovačkog primorja navode „Vrtlarstvo“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,20, dok standardna devijacija iznosi 1,49. Od ukupnog broja ispitanika s Elafitskih otoka 64,4 % (96), navodi da slobodno vrijeme „izrazito često ili uvijek“ i „često“ (45,6 % (68) i 18,8 % (N=28)), provodi baveći se vrtlarstvom. Nešto manji postotak je u Dubrovačkom primorju, gdje je ukupan postotak odgovora ispitanika 53,7 % (N = 80) (Izrazito često ili uvijek - 22,8% (N = 34) i Često –30.9% (N = 46)). Vidljiva je razlika u odgovorima za tvrdnje „izrazito često ili uvijek“ i „često“, gdje je „izrazito često ili uvijek“ odgovor koji je dao puno veći postotak ispitanika otočnog područja, za razliku od 22,8 % (N = 34) ispitanika ruralnog kopnenog područja (Dubrovačko primorje), što bi se moglo protumačiti visokom životnom dobi ispitanika ovog područja, kao i popratnim funkcionalnim ograničenjima, te kao posljedica nemogućnosti svakodnevnog bavljenja ovom aktivnosti.

Analizom provedenom na cjelokupnom uzorku ispitanika, od ostalih navedenih aktivnosti, pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za kategorije: umjetnost i obrt, kartanje i društvene igrice, vjerske obveze, može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$), te postoji statistički značajna razlika za promatrane pokazatelje s obzirom na spol ispitanika, pri čemu je kod žena manja učestalost za umjetnost i obrt i kartanje, ali je učestalije posvećivanje vjerskim obvezama.

Gledajući komparativno, značajna razlika (veća učestalost) u vjerskim obvezama i ostalim aktivnostima zabilježena je kod ženskih ispitanika iz Dubrovačkog primorja, dok je kod muških ispitanika s Elafitskih otoka u većoj mjeri zabilježeno umjetnost i obrt kao aktivnosti s kojima se dominantnije bave. Podgorelec i Bara (2014) ističu važnost vjere u životima starijih osoba u ruralnim područjima kao jedinog oblika slobodnih aktivnosti starijih žena, koje uz održavanje tradicije na taj način ostaju i društveno aktivne (Podgorelec i Bara 2014, 399-340). Od ukupno 80 ispitanica Elafitskih otoka, njih 23,8 % (N = 19) „izrazito često ili uvijek“ provodi vrijeme u vjerskim obvezama, dok ih 26,2 % (N = 21) navodi da provodi „često“. 11,2 % (N = 9) ispitanica je dalo odgovor da „rijetko“ provode slobodno vrijeme u vjerskim aktivnostima, a njih 15,0 % (N = 12) „vrlo rijetko ili nikad“ (Tablica 29.). Što se tiče Dubrovačkog primorja, od ukupno 88 ispitanica, njih 23,9 % (N = 21) „izrazito često ili uvijek“ provodi slobodno vrijeme prakticirajući vjeru, dok 33,0 % (N = 29) navodi „često“, što nam govori o značajnoj razlici u odnosu prema Elafitskim otocima. Od ukupnog broja ispitanica, 10,2 % (N = 9) „rijetko“ prakticira ovu aktivnost, a 12,5 % (N = 11) „vrlo rijetko ili nikad“ (Tablica 30.).

Jang i suradnici (2004) navode: „Individualni doživljaj kvalitete života povezan je s tjelesnim zdravljem pojedinca, njegovim psihičkim stanjem, razinom samostalnosti, socijalnim odnosima koje je osoba razvila i religioznošću" (Jang idr. 2004 v Pavlović idr. 2010, 1080).

Religija se ističe kao važna podrška u periodu starenja i pomoć u svakodnevnim problemima, te ima značajan utjecaj na fizičko i emocionalno blagostanje (Duarte idr. 2008 v Abdala idr. 2015, 34). Žene su u crkvenim zajednicama više angažirane od muškaraca, te otvorenije izražavaju svoje vjerske osjećaje i više se uključuju u crkvene aktivnosti, čime ispunjavaju dio „slobodnog vremena“ (Minhat idr. 2013; Podgorelec i Bara 2014; Abdala idr. 2015).

Podgorelec i suradnici (2017) navode Crkvu kao vrlo bitan čimbenik u životu ruralne zajednice, kao i istraživanja koja potvrđuju da je sudjelovanje u vjerskim aktivnostima puno češći izbor načina provođenja slobodnog vremena stanovništva u ruralnim sredinama u odnosu prema stanovništvu u urbanim sredinama (Stojković 1990, 175; Hodžić 2002, 91-93 v Podgorelec idr. 2017, 209-210). Isto tako, navodi se kao jedan od najvećih (neformalnih) „izvora razumijevanja i podrške“, uz djecu, bračnog partnera i rodbinu (Leutar idr. 2007 344). Rezultati istraživanja koje su proveli Minhat i suradnici (2013) u Maleziji pokazuju kako starije osobe u ruralnim područjima veliki dio slobodnog vremena provode u vjerskim aktivnostima, kao što su molitve i druženje s ostalim vjernicima, a što u pozitivnom smislu utječe na kvalitetu života (Minhat idr. 2013, 56).

U razdoblju prilagodbe nakon umirovljenja pokazalo se da religija može u velikoj mjeri pridonijeti lakšoj prilagodbi starijih osoba, kao i u širenju socijalne mreže, što pridonosi dobrobiti starijih osoba u smislu kvalitetnijeg života (Blace 2012, 80). Navedeno potvrđuju i istraživanja rađena na temu utjecaja religioznosti na kvalitetu života starijih osoba. Idler i suradnici (2009) su u svojem istraživanju koje je provedeno među starijim osobama u Sjedinjenim Američkim Državama, konkretno u Sjevernoj Karolini, došli do rezultata da su religiozne osobe bile puno aktivnije i uključeniije u društvenu mrežu od onih koje nisu religiozne. Imale su socijalni život (prijateljstva, druženje) bogatiji za 62,0 %, manje depresivnih poremećaja, oko 63,0 %, a oko polovice ispitanika (49,0 %) prezentiralo je bolju kvalitetu života od manje religioznih (Idler idr. 2009, 528).

Na pitanje o važnosti načina provođenja slobodnog vremena za određene segmente života ispitanici su procjenjivali na skali od 1-5, gdje je 1 - posve nevažno, a 5 – najvažnije. Pogleda li se vrijednost signifikantnosti H_i kvadrat testa za kategorije: tjelesno vježbanje i zdravlje, „izoštavanje“ moga uma, intelektualna radoznalost, razvijanje vlastite

kreativnosti, pronalazak novih prijatelja i širenje vlastite socijalne mreže, učenje o novim idejama, podrška zaštiti okoliša i naporima zajednice, biti uključen u zajednička nastojanja zajednice, volontiranje u svojoj zajednici; može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$). Dakle, može se reći, kako postoji statistički značajna razlika za promatrane pokazatelje kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje).

Najveći postotak ispitanika Elafitskih otoka smatra kategoriju: "Izoštavanje" moga uma, intelektualnu radoznalost", vrlo važnim segmentom u provođenju slobodnog vremena, točnije njih 42,2 % ($N = 62$), za razliku od 15 % ($N = 22$) ispitanika Dubrovačkog primorja (Tablica 31.), što bi se moglo objasniti većim stupnjem stručne spreme ispitanika na otocima, gdje najveći postotak ispitanika (41 %) ima SSS, za razliku od ruralnog kopnenog područja (Dubrovačko primorje), gdje samo 14,0 % otpada na ispitanike sa SSS, a najveći postotak (40,0 %) na NSS. Od ukupnog broja ispitanika iz Dubrovačkog primorja 34,9 % ($N = 51$), ovaj segment smatra „posve nevažnim“. Slični rezultati su i za „razvijanje vlastite kreativnosti“ gdje 41,0 % ($N = 51$) ispitanika ruralnog područja Dubrovačkog primorja smatra „posve nevažnim“, za razliku od samo 10,9 % ($N = 16$) ispitanika otočnog područja.

Za kategorije: „Jačanje obiteljskih odnosa“ i „Imanje duhovnog života“ ne postoje statistički značajne razlike. Najveći broj ispitanika na oba područja (Elafitski otoci – Dubrovačko primorje) smatra oboje „najvažnijim“ i „vrlo važnim“ u svakodnevnom životu, što se podudara i s rezultatima o čestini provođenja određene vrste aktivnosti u slobodno vrijeme (Tablica 27.). Lorek i suradnici (2017) u svojem radu, naglašavaju važnost aktivnog provođenja slobodnog vremena starijih osoba, kao i potrebe organiziranja aktivnosti, od strane zajednice, u skladu s interesnim sferama starije populacije, kao dobrobitima koje pridonose, kako njihovom vlastitom razvoju, tako i društvu (Lorek idr. 2017, 94-95).

Analizirajući svako ispitivano područje zasebno, uspoređujući važnost načina provođenja slobodnog vremena na Elafitskim otocima s obzirom na spol, pogleda li se vrijednost signifikantnosti s obzirom na promatrana pitanja, može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi više od 5 %, $p > 0,05$ u svim promatranim slučajevima, te se može zaključiti kako spol ispitanika nema značajnu ulogu kod promatranih pitanja (Tablica 47.), za razliku od Dubrovačkog primorja gdje vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za pitanje „imanje duhovnog života“, p iznosi manje od 5 % ($p = 0,021$). Dakle, može se reći, kako postoji statistički značajna razlika za pitanje „imanje duhovnog života“ s obzirom na spol ispitanika, pri čemu 9,8 % muških ispitanika navodi „najvažnije“, u odnosu prema 17,6 % ženskih ispitanika (Tablica 59.).

U našem istraživanju, kako je ranije navedeno, najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s oba područja (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje) o načinu korištenja slobodnog vremena zabilježena je za pitanje: „Vrijeme s obitelji i prijateljima“, gdje vrijednost aritmetičke sredine odgovora ispitanika s Elafitskih otoka iznosi 3,95, dok standardna devijacija iznosi 0,85, a za ispitanike Dubrovačkog primorja iznosi 3,68, dok standardna devijacija iznosi 1,04. Da „izrazito često“ ili „uvijek“ svoje slobodno vrijeme provodi s obitelji i prijateljima navelo je 29,5 % (N = 44) ispitanika Elafitskih otoka i 23,3 % (N = 34) ispitanika Dubrovačkog primorja. 40,3 % (N = 60) ispitanika „često“ provodi vrijeme s obitelji i prijateljima, dok je 37,0 % (N = 54) ispitanika Dubrovačkog primorja dalo isti odgovor. Nijedan ispitanik Elafitskih otoka nije odgovorio s „vrlo rijetko“ ili „nikad“, za razliku od 4,8 % (N = 7) ispitanika Dubrovačkog primorja. Iz rezultata je vidljivo od kolike je važnosti za ispitanike oba područja vrijeme provedeno s obitelji i prijateljima, što se podudara i s rezultatima drugih istraživanja. Rezultati istraživanja autora Seangpraw i suradnika (2019), koje je provedeno među starijim osobama ruralnog područja sjevernog Tajlanda, pokazali su da ispitanici uz samopoštovanje navode dobre obiteljske odnose kao važan prediktor kvalitete života (Seangpraw idr. 2019, 458).

Jedan od akutnih problema u starijoj životnoj dobi je socijalizacija. Nemogućnost ostvarivanja socijalne integracije dovodi do socijalne izolacije, koja je vrlo često faktor koji narušava kognitivno zdravlje i kvalitete života starijih osoba (Campos idr. 2016, 529). Suvremeni način života doveo je i do promjena u strukturi obitelji, što u velikoj mjeri utječe na dinamiku obiteljskih odnosa. Sve je manje višegeneracijskih obitelji, dok u najvećem broju slučajeva prevladava nuklearna obitelj s posebnim naglaskom na urbana područja (Berc idr. 2004, 24). Tradicionalne strukture obitelji održale su se najvećim dijelom u ruralnim područjima, dok s druge strane u ovim područjima prevladava i veliki broj samačkih kućanstava, što je slučaj i u našim istraživanim sredinama, gdje oko jedne trećine kućanstva otpada na samačka kućanstva (Dubrovačko-neretvanska županija 2015, 10). Kao neke od razloga porasta broja samačkih kućanstava u “Programu razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine” navode se transformacija obitelji, izmijenjena uloga žene u obitelji, promjene radnog vremena, te migracije mlađeg stanovništva iz sela u gradove (Vlada Republike Hrvatske 2007).

Kao što je ranije navedeno, starije osobe se u ukupnoj populaciji ubrajaju u ranjivu skupinu, te se pri identifikaciji ovih skupina vrlo često fokusiramo na samačka kućanstva, s pretpostavkom da nemaju potrebnu podršku i pomoć, ne ulazeći dublje u stvarno stanje i

njihov način života. Rezultati istraživanja koje je provedeno u 16 europskih zemalja na velikom uzorku ispitanika (N = 53,383) pokazali su da samo one starije osobe koje imaju "ograničenu" društvenu mrežu imaju nisku razinu zadovoljstva životom, dok su starije osobe koje žive same, ali imaju "raznoliku" društvenu mrežu prezentirale bolje raspoloženje i veće zadovoljstvo i od starijih osoba koje žive u zajednici (Djundeva idr. 2019, 1414-1413). Vrijeme provedeno s obitelji predstavlja dobrobit u smislu emocionalne potpore i podrške u svakodnevnom životu, što dovodi do osjećaja pripadnosti i sigurnosti (Rusac idr. 2016, 47). Kao važan čimbenik u procjeni kvalitete života navodi se važnost podrške od strane obitelji, što potvrđuje i istraživanje provedeno među starijim osobama u Istarskoj županiji (Ambrosi-Randić i Plavšić 2008). Rezultati istraživanja autora Imanishi i suradnika (2015), koje je provedeno na uzorku od 200 starijih osoba u Japanu, koje su bile korisnici kućne njege, pokazali su dva čimbenika koji najviše utječu na kvalitetu života starijih osoba. Uz zdravstveno stanje, struktura obitelji se pokazala od velikog značaja za kvalitetno starenje. Rezultati su pokazali značajne statističke razlike u kvaliteti života ispitanika koji su živjeli u višegeneracijskoj obitelji u usporedbi s ispitanicima koji su živjeli sami ili u dvogeneracijskoj obitelji (Imanishi idr. 2015, 6).

Iz rezultata našeg istraživanja vidljivo je postojanje kontakta s obitelji, kao i obiteljske podrške na oba ispitivana područja. Dobar kontakt s obitelji i obiteljska podrška utječu na emocionalno blagostanje i značajan su faktor za poboljšanje kvalitete života starijih osoba, smanjujući negativan utjecaj starenja (Haifeng idr. 2014, 2).

Zdravlje je još jedan od važnih čimbenika pri mjerenju kvalitete života starijih osoba koji je potrebno uzeti u obzir. „Biomedicinski model uspješnog starenja teži starosti bez invaliditeta i bolesti, s visokim razinama kognitivnih i tjelesnih funkcija.“ (Vanhoutte 2014, 1). Pavlović i suradnici (2010) navode percepciju zdravlja kao važan parametar za procjenu kvalitete života, ali ne i jedini (Pavlović idr. 2010, 1080).

Na pitanje „Kako biste procijenili kvalitetu Vašeg zdravlja?“ najveći postotak ispitanika s Elafitskih otoka, njih 41,3 % (N = 62) odgovara „Prilično dobrom“, za razliku od ispitanika Dubrovačkog primorja gdje njih samo 28 % (N = 42) procjenjuje na isti način. Najveći postotak ispitanika iz Dubrovačkog područja 38,7 % (N = 58) daje neutralan odgovor: „Ni dobrom ni lošom“. Vrlo lošom kvalitetu zdravlja procjenjuje 13,3 % ispitanika Dubrovačkog primorja, za razliku od samo 4,7 % ispitanika otočnog područja, što je i za očekivati s obzirom na prosječno stariju populaciju na području Dubrovačkog primorja.

U rezultatima istraživanja u disertaciji nije uočena statistički značajna razlika kod procjene zadovoljstva zdravljem ispitanika otočnog i kopnenog ruralnog područja. Na pitanje „Kako ste zadovoljni svojim zdravljem?“ oko 32 % ispitanika s oba područja se izjasnilo: „Ni zadovoljan, ni nezadovoljan“, (Elafitsko otočje 32,7 % (N = 49), Dubrovačko primorje 32,0 % (N = 48). Ipak značajan broj ispitanika oba područja navodi da su „prilično zadovoljni“ svojim zdravljem, na Elafitskim otocima čak 42,7 % (N = 64), a u Dubrovačkom primorju 32,7 % (N = 49). Samo 10,0 % ispitanika s Elafitskog otočja i 6 % ispitanika Dubrovačkog primorja, navodi da su „vrlo zadovoljni“ svojim zdravljem. Zanimljiv je podatak da je veći broj ispitanika na oba područja izrazilo zadovoljstvo svojim zdravljem, nego nezadovoljstvo, s obzirom da se radi o populaciji, relativno visoke starosne dobi i sa zdravstvenim problemima koje donosi starost.

S obzirom na starosnu dob i zdravstvene tegobe dio ispitanika zahtjeva zdravstvenu skrb i medicinske usluge. Na pitanje: „Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?“, najveći postotak ispitanika s Elafitskih otoka, njih 45 % (N = 67) izražava zadovoljstvo „u znatnoj mjeri“, za razliku od 28,9 % (N = 43) ispitanika Dubrovačkog primorja. Puno je veći postotak ispitanika u Dubrovačkom primorju, koji izražavaju nezadovoljstvo dostupnošću usluga, a odnosi se na 10,1 % ispitanika (N = 15), za razliku od samo 1,3 % (N = 2) s Elafitskih otoka. Rezultati nam pokazuju veće zadovoljstvo ispitanika Elafitskih otoka dostupnošću medicinskih usluga, od ispitanika Dubrovačkog primorja. Ovakvi rezultati bi se mogli tumačiti udaljenošću ordinacija obiteljske medicine od mjesta stanovanja. Elafitske otoke pokrivaju tri ordinacije obiteljske medicine, na svakom otoku po jedna, dok su ordinacije obiteljske medicine koje skrbe o stanovnicima Dubrovačkog područja, smještene u administrativnim središtima (Ston i Slano), a koja su udaljena od mjesta boravka ispitanika. Rezultati istraživanja autora Chena i suradnika (2014) pokazali su da su starije osobe koje su bile zadovoljne sa zdravstvenim uslugama prezentirale bolje zdravlje kao i veću kvalitetu života (Chen idr. 2014, 1600), što se podudara i s rezultatima našeg istraživanja.

Svjetska zdravstvena organizacija (2015) u svom izvješću u kontekstu zdravog starenja navodi važnost dostupnosti javnozdravstvenih ustanova i usluga u smislu nediskriminacije, fizičke dostupnosti, ekonomske pristupačnosti i dostupnost informacija, uzimajući u obzir različitosti među starijim osobama (World Health Organization 2015a, 14).

Autorica Langer ističe veliki utjecaj uma na naše tijelo, a aktiviranje pozitivnih misli o zdravlju i o starosti, uspoređuje s placebom u medicini, što dovodi do zdravijeg i kvalitetnijeg života. (Langer 2012, 87). Neki autori povezuju percepciju zdravlja starijih osoba sa stupnjem obrazovanja. Rezultati istraživanja koje su Pavlović i suradnici proveli 2010. godine, na uzorku od 396 starijih osoba na području kontinentalne regije – Zagreb, Virovitica s okolnim naseljima i selima; Primorska regija – Split, Omiš s okolnim naseljima i selima, otok Vis (grad Vis i Komiža i okolna naselja i sela), pokazali su da osobe slabijeg obrazovanja imaju lošiju percepciju zdravlja, od onih s višim stupnjem obrazovanja (VŠS i VSS) (Pavlović idr. 2010, 1084). Uspoređujući s našim istraživanjem, vidljiva je razlika u rezultatima. S obzirom da 40,0 % (N=60) ispitanika Dubrovačkog primorja navodi NSS, a 44 % (N=66) nije navelo stručnu spremu, pa je za pretpostaviti da imaju nepotpunu osnovnu školu, a samo 11,3% se izjasnilo kao „vrlo nezadovoljno“ vlastitim zdravstvenim stanjem, jasno je da je u suprotnosti s rezultatima navedenog istraživanja autora Pavlovića i suradnika (2010).

Ako se kod pitanja o tjelesnim simptomima, pogleda vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za tjelesne simptome: kratak dah, široke vratne vene, škripanje pluća, kašalj, mučnina, bol u trbuhu, nesаница, bolne nepovoljne reakcije na lijekove, može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$), što ukazuje na statistički značajnu razliku za promatrane pokazatelje kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipán, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje). Pritom su navedeni simptomi učestaliji kod ispitanika kopnenog ruralnog područja (Dubrovačko primorje), što je za pretpostaviti s obzirom na veću životnu dob.

Tjelesna aktivnost se navodi kao jedan od važnijih parametara za kvalitetu života u starijoj dobi. Ponce i suradnici (2011) ističu korisnost redovne tjelovježbe za zdravlje starije osobe u smislu poboljšanja kardiovaskularne funkcije, koštane mase i mišićnog tonusa, kao i povezanost sa zadovoljavajućim starenjem (Ponce idr. 2011, 122). Kao što pokazuju istraživanja, kretanje i aktivnost u starijoj životnoj dobi je u pozitivnoj korelaciji s funkcionalnim sposobnostima, što omogućava dužu samostalnost (Lepán i Leutar 2012, 219). Dio starijih osoba s godinama postaje neaktivan, a kao glavni razlozi za tjelesnu neaktivnost navode se zdravstveno stanje, strah od ozljeda i padova, samoća (nedostatak partnera) kao i nedostatak energije uz nisku razinu motivacije (Bashkireva idr. 2019, 230).

„Kada bi se tjelesna aktivnost mogla 'upakirati' u formu tablete, bio bi to najpropisivaniji lijek današnjice u svijetu“ (Tomek-Roksandić 2009 v Lepán i Leutar 2012, 207), s obzirom

na težnju za što aktivnijim i kvalitetnijim starenjem. Hodanje se ističe kao jedna od važnih fizičkih aktivnosti starijih osoba, jer osim održavanja funkcionalnosti i neovisnosti u velikoj mjeri utječe na zdravlje i produljuje životni vijek, što nam pokazuju i rezultati istraživanja (Samawi 2013). U svojem istraživanju, koje je autor proveo u ruralnom području Iowe na uzorku od 3.673 osoba starijih od 65 godina, pokazalo se da svakodnevno hodaње ima zaštitno djelovanje od uzroka smrtnosti u starijoj životnoj dobi (koronarna bolest, moždani udar, dijabetes), te utječe na životni vijek i poboljšava kvalitetu života (Samawi 2013). Duljina i brzina hodaња su od velike važnosti pri testiranjima, jer osim slabije fizičke spreme, mogu biti pokazatelji oboljenja. Što se tiče svakodnevnog hodaња - pješaćenja ispitanika našeg istraživanja, pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja: „Koliko propješaćite dnevno (hodaње po terenu)?“, može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,001 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje). Pritom 34,9 % ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Kalamota hoda više od 1000 m, u odnosu prema 22,1 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja. Nadalje, pogleda li se razina signifikantnosti kod pitanja: „Koliko dugo propješaćite odjedanput?“, može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,000 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje). Pritom 12,8 % ispitanika s Elafitskih otoka prehoda manje 30 m, u odnosu prema 31,1 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja. Gledajući razinu signifikantnosti kod pitanja: „Koliko Vam je brzina pješaćenja?“, može se uočiti kako vrijednost Hi kvadrat testa iznosi 0,011 ($p < 0,05$), što znači da je uočena statistički značajna razlika kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje). Pritom 34,0 % ispitanika s Elafitskih otoka navodi normalnu brzinu hoda, u odnosu prema 20,1 % ispitanika iz Dubrovačkog primorja.

Iz ukupnih rezultata vidljivo je da su rezultati ispitanika s Elafitskih otoka bolji, tj. da su ispitanici aktivniji u smislu hodaња, na što ukazuju bolji rezultati u sve tri kategorije (pješaćenje dnevno, odjedanput, brzina pješaćenja). S obzirom da su ispitanici Dubrovačkog područja najvećim djelom NSS, za pretpostaviti je da su za radnoga vijeka radili fizički zahtjevnije poslove, što je utjecalo na slabljenje općih tjelesnih sposobnosti, kao i prosječno veća životna dob, što bi objasnilo navedene rezultate.

Percepcija zdravlja svake osobe je od velike važnosti za procjenu kvalitete života.

Lokus zdravstvene kontrole (eng. *health locus of control*) predstavlja “sustav vjerovanja o tomu tko su, odnosno što su čimbenici koji određuju kvalitetu nečijeg trenutnog, odnosno budućeg zdravlja”, gdje u slučaju vjerovanja da osobnim ponašanjem možemo utjecati na svoje zdravlje govorimo o internalnoj (internoj) kontroli, dok se eksternalna (eksterna) kontrola, koja se dijeli na dva faktora utjecaja: faktor slučajnosti te faktor snažni drugi, odnosi na vjerovanje kako naše zdravlje ovisi o okolini i sreći (Barath 1995 v Sindik i Rončević 2014, 93). Osobe s internalnim (internim) lokusom kontrole karakterizira samostalnost, sposobnost kontrole nad vlastitim životom i nad okolinom u kojoj borave, bolji način prilagodbe na novonastale situacije, kao i bolja kontrola bolesti, s puno manjom pojavnosti depresivnih stanja (Stewart 2012, 72), što je od velikog značaja za kvalitetu starenja. Osobe s eksternalnim (eksternim) lokusom kontrole pokazuju više depresije i anksioznosti, a prema Cascio i suradnicima (2014) uz postojanje niže razine osjećaja vlastitih sposobnosti, izraženi eksterni lokus kontrole pokazao se i prediktorom fizičkog oboljenja (Cascio idr. 2014, 150). Istraživanje autora Berglunda i suradnika koje je 2014. godine provedeno u Švedskoj, pokazalo je pozitivnu korelaciju internog lokusa kontrole i samoprocjene zdravlja starijih osoba, kao i negativnu povezanost samoprocjene zdravlja i eksternog lokusa kontrole (Berglund idr. 2014, 4). Međutim, jednako tako rezultati su pokazali negativnu povezanost unutarnjeg zdravstvenog lokusa kontrole i tereta bolesti, za razliku od osoba s eksternalnim lokusom kontrole (sreća, drugi), kod kojih se pokazala pozitivna povezanost s teretom bolesti (Berglund idr. 2014, 4-5).

Autori Rowe i Kahn (1998) osobnu kontrolu navode kao jedan od najvažnijih pokazatelja uspješnog starenja, a kontrola nad bolesti može rezultirati poboljšanjem zdravlja, zdravstvenog ponašanja i boljom kvalitetom života (Rowe i Kahn 1998 v Wolinsky idr. 2009, 591-592). Istraživanje autora Wolinsky i suradnika (2009), koje je provedeno na uzorku od 1534 ispitanika starijih od 65 godina, pokazala su da je ciljanim treninzima moguće utjecati na kognitivno specifični, unutarnji lokus kontrolne s ciljem poboljšavanja sposobnosti kognitivne obrade kod starijih odraslih osoba kako bi se sačuvala njihova samostalnost u razdoblju starenja, te postigao osjećaj kontrole nad vlastitim životom, što je jedan od prediktora zadovoljstva životom u starijoj dobi, dok kod osoba eksternog lokusa kontrole nisu pronađeni efekti poboljšanja (Wolinsky idr. 2009, 596).

U našem istraživanju, najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka (Šipan, Lopud, Koločep) bilježimo za pitanja: „Kada se uspješno oporavim od bolesti, to je obično zato jer su se drugi ljudi (primjerice; liječnici medicinske sestre, obitelj, prijatelji) dobro brinuli o meni“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi

4,54, dok standardna devijacija iznosi 1,19, zatim: „Ako se razbolim, o mojem vlastitom ponašanju će ovisi koliko ću brzo ozdraviti“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,41, dok standardna devijacija iznosi 1,25.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka bilježimo za tvrdnje: „Ako se razbolim, ja sam za to kriv/a“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,52, dok standardna devijacija iznosi 1,48, zatim: „Bez obzira što činim, podložen/na sam raznim oboljenjima“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,56, dok standardna devijacija iznosi 1,53. Najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja zabilježena je za tvrdnje: „Kada se uspješno oporavim od bolesti, to je obično zato jer su se drugi ljudi (primjerice; liječnici medicinske sestre, obitelj, prijatelji) dobro brinuli o meni“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,27, dok standardna devijacija iznosi 1,30, zatim: „Kad god se ne osjećam dobro, trebao/la bih se konzultirati s nekim zdravstvenim djelatnikom“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,19, dok standardna devijacija iznosi 1,46. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika iz Dubrovačkog primorja bilježimo za tvrdnju: „Ako se razbolim, ja sam za to kriv/a“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,63, dok standardna devijacija iznosi 1,37, zatim: „To da li ću se razboljeti ili ostati zdrav/a mnogo ovisi o mojoj obitelji“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,68, dok standardna devijacija iznosi 1,46.

Iz navedenih rezultata kod ispitanika s oba područja (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje) izraženije je postojanje je eksternalnog (vanjskog) lokusa kontrole (drugi) (Tablica 33.), dok je interni lokus kontrole značajno viši kod ispitanika Elafitskih otoka. Ovakvi rezultati bi se mogli protumačiti na način da lokus kontrole varira s godinama, te da starije osobe priznaju važnost vanjskih izvora i potrebnu pomoć, ali u isto vrijeme i zadržavaju vlastiti osjećaj kontrole nad sobom (Lachman 1986 v Berglund idr. 2014, 7). Istraživanje Berglunda i suradnika (2014) pokazalo je i da visoko obrazovanje „ima negativne asocijacije na slučajnost i moćne druge MHLC“, kod kojih je izraženiji interni lokus kontrole, što nije dokazano u našem istraživanju.

Kao što je već spomenuto starije osobe kod kojih je izražen interni lokus kontrole imaju puno manje problema mentalnog zdravlja, pojavnosti anksioznosti i depresivnih stanja, koja značajno mogu narušiti kvalitetu života. Mentalno zdravlje dio je našega zdravlja i važan parameter koji utječe na kvalitetu života starijih osoba. Narušeno mentalno zdravlje u starijoj

dobi, na bilo koji način (depresija, mentalne poteškoće, kognitivni poremećaji-demencija), može u velikoj mjeri narušiti kvalitetu života (Božičević idr. 2012, 324). Europska unija na mentalno zdravlje stavlja naglasak 2008. godine prilikom pokretanja *European Pact for Mental Health and Well-being*, a kao jedan od pet prioriteta ističe mentalno zdravlje starijih osoba (Wahlbeck idr. 2010, 76). Postoji niz čimbenika koji djeluju na mentalno zdravlje, a dijele se na: biološke (dob, spol, fizičko zdravlje, funkcionalne sposobnosti), psihološke (suočavanje sa stresom, osobine ličnosti, lokus kontrole) i socijalne čimbenike (socijalna podrška, nasilje nad starijim osobama, socioekonomski status, korištenje zdravstvenih i socijalnih usluga, povijesni kontekst) koji djeluju na mentalno zdravlje i kvalitetu života. (Plavšić 2012b, 325-328). Uključenost starijih osoba u aktivnosti, osim fizičkog statusa, poboljšava i mentalno zdravlje, te smanjuje pojavnost depresije (Forsman idr. 2011, i85).

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za kategoriju „mentalno stanje: društveni kontakt, mentalni kapacitet, kućni poslovi“; 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 promatrane pokazatelje kod promatranih mjesta (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje). Pritom je značajno više afirmativnih odgovora zabilježeno u skupini ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep, što bi se moglo protumačiti upravo utjecajem gore navedenih čimbenika, s naglaskom na dob.

Analizirajući svako područje zasebno, gledajući vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za kategoriju „Mentalno stanje: Kućni poslovi“ ispitanika Elafitskih otoka, može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$). Dakle, može se reći kako postoji statistički značajna razlika za „Mentalno stanje: Kućni poslovi“ s obzirom na spol ispitanika, pri čemu 75,8 % muških ispitanika navodi „DA“ u odnosu prema 97,5 % ženskih ispitanika (Tablica 44.). Slični rezultati vidljivi su i u Dubrovačkom primorju. Pogleda li se vrijednost signifikantnosti Hi kvadrat testa za „Mentalno stanje: Kućni poslovi“ ispitanika Dubrovačkog primorja, može se uočiti kako p isto kao i kod ispitanika otočnog područja iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$), što nam govori o statistički značajnoj razlici za „Mentalno stanje: Kućni poslovi“ s obzirom na spol ispitanika, pri čemu 58,9 % muških ispitanika navodi „DA“ u odnosu prema 83,0 % ženskih ispitanika (Tablica 58.). Utjecaj na mentalno stanje starije osobe ima i spol o čemu govori istraživanje Kesavayuth i suradnika (2016) i navodi se kao važan parametar koji utječe na kvalitetu života starijih osoba (Kesavayuth idr. 2016, 14). Žene se, za razliku od muškaraca, lakše prilagođavaju gubitku formalno radne uloge, upravo iz razloga otvaranja više vremena za poslove kao što su briga o kućanstvu i obitelji, koje su i tijekom radnog vijeka obavljale (Podgorelec i Bara 2014, 397), a veliki dio

vremena provode obavljajući kućne poslove, dok muškarci veće zadovoljstvo životom prezentiraju vremenom provedenim u slobodnim aktivnostima izvan kuće (Oishi idr. 2007 v Berkoz i Yirmibesoglu 2013, 3-4), što se podudara i s rezultatima našeg istraživanja.

Da bi procijenili zadovoljstvo životom, kao mjeru kognitivne evaluacije pojedinčeva života općenito (Diener idr. 1985 v Pavot i Diener, 1993), korištena je Skala subjektivnoga zadovoljstvo životom, koja se sastoji se od 5 čestica uz koje su ispitanici upisivali stupanj slaganja, odnosno neslaganja. Koristila se Likertova skala od 7 stupnjeva gdje "7" označava "izrazito se slažem", a "1" "uopće se ne slažem". Ukupan rezultat formirao se zbrajanjem procjena odgovora na svih pet tvrdnji, pri čemu viši rezultati upućuju na veće zadovoljstvo životom. "Subjektivna dobrobit definira se kao pojedinčeva afektivna i kognitivna procjena vlastitog života, koja uključuje emocionalne reakcije na različite događaje, ali i kognitivne prosudbe zadovoljstva i ispunjenosti" (Komšo i Burić 2016, 7). Diener i Diener (1995) objašnjavaju zadovoljstvo životom "ključnim faktorom subjektivne dobrobiti i njegovom kognitivnom komponentom a predstavlja subjektivnu evaluaciju sveukupne kvalitete života koju čine pojedinci." (Diener i Diener 1995, 653).

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep zabilježena je za tvrdnju: „Ja sam zadovoljan/na“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 5,41, dok standardna devijacija iznosi 1,47. Najveći broj ispitanika, 32 % (N = 48) „slaže se“ s tvrdnjom: „Ja sam zadovoljan/na“, a 25,3 % (N = 38) se „izrazito slaže“.

Najniža vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika zabilježena za tvrdnju: „Kada bih mogao/la život proživljavati ponovno, ništa ne bih mijenjao/la“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,46, dok standardna devijacija iznosi 2,17. Od ukupnog broja ispitanika 24,0 % (N = 36) „izrazito se slaže“ s tvrdnjom, što se odnosi na najveći postotak ispitanika, a 18,7 % (N = 28) „se slaže“. S ovom tvrdnjom se „ne slaže“ 14,7 % ispitanika, a što se podudara s rezultatima ispitanika Dubrovačkog primorja, gdje se 14,1 % ispitanika ne slaže s ovom tvrdnjom, tj. iskazuju nezadovoljstvo životom.

Što se tiče rezultata istraživanja za ispitanike iz Dubrovačkog primorja najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora zabilježena je za pitanja: „Do sada sam postigao/la najvažnije stvari koje želim u životu“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,54, dok standardna devijacija iznosi 1,64 i „Ja sam zadovoljan/na“ gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,54, dok standardna devijacija iznosi 1,77. Zadovoljstvo dosad postignutim iskazuje trećina ispitanika Dubrovačkog primorja, njih 33,6 % (N = 50) (Izrazito

se slažem 12,1% (N = 18), Slažem se 21,5% (N = 32)). Najveći postotak ispitanika je dao neutralni odgovor „Niti se slažem, niti se ne slažem“, njih 20,1 % (N = 30), dok se 18,8 % (N = 28), njih samo „donekle slaže“.

Najniža vrijednost zabilježena za pitanje: „Na više načina sam u svom životu došao blizu mog 'idealnog života'“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,83, dok standardna devijacija iznosi 1,58. Samo 4,7 % (N = 7) ispitanika smatra da je na više načina u svom životu došlo blizu „idealnog života“ i daju odgovor: „Izrazito se slažem“, dok se njih 12,1 % (N = 18) „slaže“ s ovom tvrdnjom. Najveći broj ispitanika se samo donekle slaže s ovom tvrdnjom 22,8 % (N = 34), dok se 22,1 % (N = 33) „niti slaže, niti ne slaže“ s ovom tvrdnjom.

Rezultati pokazuju da na obje ispitivane lokacije trećina ispitanika (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje) iskazuje zadovoljstvo životom, kao i dosad postignutim u svom životu. Jedan manji postotak ispitanika Dubrovačkog primorja 6,7 % (N = 10) uopće se ne slaže s tvrdnjom „Na više načina sam u svom životu došao blizu mog 'idealnog života'“, što ukazuje na nezadovoljstvo životom, za razliku od samo 1,3 % (N = 2) ispitanika Elafitskih otoka. Lučev i Tadinac (2010), u skladu s ranijim istraživanjima (Pastuović idr. 1995; Vuletić 2004; Martinis 2005) navode postojanje negativne povezanosti dobi i zadovoljstva životom s čim bi mogli opravdati i ove rezultate, s obzirom na veću životnu dob ispitanika Dubrovačkog primorja (Lučev i Tadinac 2010, 267). Isti autori navode da „zadovoljstvo životom općenito kao i zadovoljstvo pojedinim aspektima života pojedinca nije izravno uvjetovano objektivnom okolinom i zadovoljavanjem osnovnih potreba, već proizlazi iz interakcije ukupne psihološke strukture pojedinca s fizičkom i društvenom okolinom u kojoj živi.“ (Lučev i Tadinac 2010, 264).

Zadovoljstvo životom je subjektivna percepcija kvalitete života svakog pojedinca i u velikoj mjeri utječe na subjektivnu dobrobit. Pozitivna životna iskustva su od velikog značaja za subjektivnu dobrobit i smatraju se “ključnim konceptom pozitivne psihologije” koji dovode do zadovoljstva životom i život čine vrijednim življenja (Diener idr. 2009 v Komši i Burić 2016, 7). Diener (1984) subjektivnu dobrobit promatra kroz tri različite karakteristike koje se odnose na: subjektivnost jer ovisi o iskustvu svake osobe, kao drugu karakteristiku osim odsutnosti negativnih faktora navodi i prisutnosti pozitivnih čimbenika, dok se treća karakteristika odnosi se na subjektivnu procjenu različitih aspekata života pojedinca (Diener 1984, 543-544).

Diener i Chan, (2011) optimizam usko povezuju sa srećom, blagostanjem i zadovoljstvom životom, koji se navode kao važni prediktori zdravlja i dugovječnosti (Diener i Chan, 2011). Po Scheier i Carver (1985): "Optimizam/pesimizam su shvaćeni kao generalizirano očekivanje pozitivnih ili negativnih ishoda aktivnosti....., a definicija je orijentirana na buduće događaje i na očekivanje rezultata nekih budućih aktivnosti." (Scheier i Carver 1985 v Penezić 2002, 15).

Optimizam se definira kao „kognitivna pristranost, globalno očekivanje ili dispozicijski stav koji dovodi do precjenjivanja vjerojatnosti pozitivnih budućih događaja, odnosno do podcjenjivanja vjerojatnosti negativnih budućih događaja“ (Scheier i Carver 1992; Peterson 2000; Carver i Scheier 2014 v Kardum idr. 2018, 585). Optimistična uvjerenja mogu biti od velikog značaja za subjektivnu fizičku kvalitetu života, kao i sposobnosti bolje prilagodbe i prihvaćanja nadolazećih promjena, te lakšeg nošenja sa svakodnevnim poteškoćama koje donosi starenje, a u isto vrijeme i poduzimanja mjera opreza (Warner idr. 2012, 404-405). Rezultati istraživanja (Lightsey 1996; Scheier i Carver 1992) potvrđuju „visoku povezanost rezultata optimizma i pesimizma sa subjektivnim procjenama zdravstvenog stanja i stresnosti“, gdje je visoka povezanost na skalama optimizma, samopoštovanja i zadovoljstva životom, dok su kod pesimističnih osoba izraženi negativni aspekti funkcioniranja uz negativnu percepciju budućnosti, kao i problemi mentalnog zdravlja, kao što su pojavnost anksioznosti, depresije i usamljenosti (Penezić 2002, 15). Bazični optimizam, je sastavni dio ljudske prirode, a govoreći o optimizmu kao crti ličnosti, Kardum i suradnici ističu utjecaj životnog iskustva na to u kojoj će mjeri osoba biti optimistična ili pesimistična (Kardum idr. 2018, 586), što se reflektira i na stariju životnu dob.

Na skali Optimizma/pesimizma u našem istraživanju, najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s Elafitskih otoka zabilježena je za tvrdnje: „Kada nešto odlučim napraviti, uvijek pronađem odgovarajući način“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 4,05, dok standardna devijacija iznosi 0,84, zatim: „Stvari uvijek gledam s vedrije strane“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,97, dok standardna devijacija iznosi 1,01. Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika s otočnog područja bilježimo za tvrdnje: „Kada nešto odlučim, prilično sam siguran/na kako će se loše završiti“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,10, dok standardna devijacija iznosi 1,12, zatim: „Rijetko računam na to da će mi se dogoditi dobre stvari“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,29, dok standardna devijacija iznosi 1,19. Što se tiče rezultata za ispitanike Dubrovačkog primorja najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika je zabilježena za tvrdnju: „Stvari uvijek gledam s vedrije

strane“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,46, dok standardna devijacija iznosi 1,32, zatim: „Općenito gledajući, stvari uvijek ispadnu dobro“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,37, dok standardna devijacija iznosi 1,28.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika Dubrovačkog primorja zabilježena je za tvrdnje: „Kada nešto odlučim, prilično sam siguran/na kako će se loše završiti“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,44, dok standardna devijacija iznosi 1,22, zatim: „Ne treba postavljati visoke ciljeve jer se obično razočarate“, gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,49, dok standardna devijacija iznosi 1,36.

Rezultati pokazuju da je kod većine ispitanika s oba istraživana područja (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje) izražen optimizam, što je važan parametar za kvalitetno starenje. Optimistične osobe očekuju pozitivne ishode i aktiviraju se u postizanju ciljeva, dok za razliku od njih, pesimistične osobe u očekivanju negativnih ishoda odustaju od ostvarivanja cilja, što ih čini sve pasivnijim i ovisnijim (Kardum idr. 2018, 586). Pesimističan način funkcioniranja dovodi do narušavanja kvalitete života stariji osoba. Uz već navedene prediktore za uspješno starenje Ambrosi-Randić i suradnici navode važnost optimizma „...koji je u pozitivnoj korelaciji s tjelesnim i mentalnim zdravljem, a utječe i na percepciju bolesti i zdravlja.“ (Ambrosi-Randić idr. 2017, 233).

Kako bi se uočile značajne razlike između promatranih lokacija (Elafitski otoci: Šipan, Lopud, Koločep i Dubrovačko primorje), za promatrane skale u upitniku provedeno testiranje Mann-Whitney U testom koji spada u skupinu neparametrijskih testova.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za kategorije: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, utjecaj okoline, skala zadovoljstva životom, interni lokus kontrole, optimizam; može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$), što ukazuje na statistički značajnu razliku za spomenute kategorije s obzirom na promatrane skupine. Može se uočiti kako su rangovi značajno viši (vrijednost pokazatelja je viša) za ispitanike s Elafitskih otoka - Šipan, Lopud, Koločep (Tablica 34.).

Istraživanjem je utvrđeno da postoje statistički značajne razlike u kvaliteti života, kao i u njihovom zadovoljstvu životom, postojanju socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti (kao i načinima provođenja slobodnog vremena) u odnosu na mjesto življenja – otok / kopno, ali u smjeru povoljnijih pokazatelja za ispitanike koji žive na otocima, što znači da je **H 1** koja glasi da „Postoje statistički značajne razlike u kvaliteti života ispitanika otok / kopno, kao i njihovom zadovoljstvu životom, postojanju socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti (kao i

načinima provođenja slobodnog vremena) (glavnim zavisnim varijablama istraživanja) u odnosu na mjesto življenja – otok / kopno, u smjeru povoljnijih pokazatelja za ispitanike koji žive na kopnu“ djelomično potvrđena.

Iz navedenih rezultata vidljivo je da postoje razlike između dvije ispitivane lokacije, ali u smjeru povoljnijih pokazatelja za ispitanike otočnog područja, na što ukazuju značajno viši rangovi, što nam govori o postojanju internog lokusa kontrole kod većeg broja ispitanika, većeg optimizma, većeg zadovoljstva životom, uz bolje fizičko i psihičko zdravlje, te pozitivniji utjecaj okoline, u odnosu prema ispitanicima ruralnog područja Dubrovačkog primorja.

Testiranje je provedeno i za svako područje zasebno kako bi se unutar skupine ispitanika (Elafitski otoci - Dubrovačko primorje) uočile značajne razlike i povezanosti kod promatranih skala s obzirom na sociodemografske pokazatelje ispitanika.

Istraživanje je pokazalo da ne postoje statistički značajne razlike s obzirom na promatrane skale (Fizičko zdravlje, Psihičko zdravlje, Društveni odnosi, Utjecaj okoline, Skala zadovoljstva životom, Zdravstveni lokus kontrole Optimizam/Pesimizam) u odnosu na spol ispitanika, osim za „interni lokus kontrole“ za što je uočeno da su vrijednosti pokazatelja veće za ispitanike muškog spola na Elafitskim otocima (Tablica 37.)

Provedeno testiranje unutar skupine ispitanika s Elafitskih otoka, s obzirom na spol ispitanika pokazalo je značajnu razliku samo za „interni lokus kontrole“. Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za „interni lokus kontrole“, može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p=0,037$), što nam govori o statistički značajnoj razlici s obzirom na spol ispitanika. Pritom se na tablici 36 može uočiti kako su vrijednosti pokazatelja veće za ispitanike muškog spola na otocima (ispitanici muškog spola - 79,80, ispitanici ženskog spola - 65,31), što se podudara i s drugim istraživanjima (Chandiramani 2014, 328; Berglund idr. 2014, 5).

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti s obzirom na promatrane skale (Fizičko zdravlje, Psihičko zdravlje, Društveni odnosi, Utjecaj okoline, Skala zadovoljstva životom, Zdravstveni lokus kontrole Optimizam/Pesimizam) za ispitanike Dubrovačkog primorja, uočeno je kako spol ispitanika nema značajnu ulogu kod promatranih skala. Dobiveni rezultati djelomično potvrđuju **H 2.** koja glasi da „Ne postoje statistički značajne razlike u kvaliteti života, kao i njihovog zadovoljstva životom, postojanja socijalne podrške, tjelesnoj aktivnosti, zdravstvenog lokusa kontrole u odnosu na spol ispitanika.“ Razlike u odnosu na spol su se pokazale, osim za interni lokus kontrole za ispitanike otočnog područja i za „način provođenja slobodnog vremena“, kao i za „mentalno stanje“ na oba ispitivana područja.

Gledajući komparativno, značajna razlika (veća učestalost) u vjerskim obvezama i ostalim aktivnostima zabilježena je kod ženskih ispitanika iz Dubrovačkog primorja, dok je kod muških ispitanika s otoka u većoj mjeri zabilježena umjetnost i obrt, kao aktivnosti s kojima se dominantnije bave, što se podudara i s rezultatima pitanja o važnosti provođenja slobodnog vremena na određene načine.

Provedeno testiranje unutar skupine ispitanika s Elafitskih otoka, s obzirom na dob ispitanika pokazalo je statistički značajne razlike za „fizičko zdravlje“ i „pesimizam“. Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za „fizičko zdravlje“ i „pesimizam“, 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 s obzirom na dob ispitanika. Pri tome se na tablici 38 može uočiti kako su rangovi najniži za ispitanike koje imaju 91 i više godina, a najviši za ispitanike u skupini 60 – 75 godina. „Tendencija očekivanja pozitivnih ishoda povezana je sa tendencijom osiguranja njihovog pojavljivanja.“ (Armbruster idr. 2015, 153). Tako bi se mogli protumačiti i dobiveni rezultati ispitanika starijih od 91 godine, upravo zbog visoke životne dobi, opadanja fizičkih mogućnosti, perspektive budućnosti u smislu vremenske ograničenosti, te motiviranosti zadržavanja trenutnog funkcionalnog statusa i malih očekivanja (Palgi idr. 2011, 1295), za razliku od ispitanika u dobi 60 – 75 godina koji još uvijek imaju očuvane funkcije, aktivni su i imaju perspektivu budućnosti. Međutim, rezultati u nekim istraživanjima ukazuju na suprotno, tj. postojanje relativno visokog optimizma u starijoj dobi, bez obzira na opadanje zdravlja i pad fizičkih mogućnosti, što nazivamo paradoksom starije dobi (Kunzmann 2000; Smith idr. 2009 v Armbruster idr. 2015, 154), što je od značajnog utjecaja na kvalitetno starenje, jer optimizam u velikoj mjeri može djelovati kao zaštitni faktor protiv depresije.

Negativna percepcija objektivnog zdravlja u kombinaciji s pesimizmom dovodi do negativnih zdravstvenih ishoda (Warner idr. 2012, 404), posebno u visokoj životnoj dobi što utječe na kvalitetu života. Istraživanja su pokazala da je dispozicijski optimizam povezan sa većim zdravstvenim optimizmom (Ruthig idr. 2011, 835), koji je u pozitivnoj korelaciji sa zdravstvenim ponašanjem i kontrolom nad vlastitim zdravljem (Kardum 2018, 597) i može puno pridonijeti dobrobiti osoba starije životne dobi.

Nadalje, testiranje unutar skupine ispitanika sa otočnog područja (Elafitski otoci), s obzirom na stručnu spremu ispitanika nije pokazalo značajne razlike i povezanosti kod promatranih skala. Pogleda li se vrijednost signifikantnosti s obzirom na promatrane skale može se uočiti kako signifikantnost testa iznosi više od 5 %, $p > 0,05$ u svim promatranim slučajevima, te se

stoga može konstatirati kako stručna sprema ispitanika nema značajnu ulogu kod promatranih skala (Tablica 41.).

Provodeći testiranje unutar skupine ispitanika iz Dubrovačkog primorja, kako bi se uočile značajne razlike i povezanosti kod promatranih skala s obzirom na sociodemografske pokazatelje ispitanika dobili su se sljedeći rezultati.

Kako je ranije navedeno, s obzirom na promatrane skale, spol ispitanika nema značajnu ulogu kod promatranih skala ($p > 0,05$) (Tablica 49.). Što se tiče dobi, pogleda li se vrijednost signifikantnosti za kategorije: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, utjecaj okoline, skala zadovoljstva životom, interni lokus kontrole, optimizam; može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$). Može se reći, s razinom pouzdanosti od 95 %, kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika. Pritom se na tablici 50 može uočiti kako su rangovi najviši (vrijednost pokazatelja je najviša) za ispitanike koje imaju 60 – 75 godina, što je i za očekivati s obzirom na spadaju u „mlađu“ skupinu starijih osoba, s još uvijek dobrim zdravstvenim, funkcionalnim i socijalnim statusom i perspektivom budućnosti. To je skupina koja je, najčešće, još uvijek aktivna u zajednici i obitelji i koja ne zahtjeva dodatnu pomoć (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku 2017, 7).

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za kategorije: psihičko zdravlje, interni lokus kontrole, optimizam; s obzirom na stručnu sprema ispitanika, može se uočiti kako p iznosi manje od 5 % ($p < 0,05$), što nam govori, s razinom pouzdanosti od 95 %, kako postoji statistički značajna razlika s obzirom na stručnu sprema ispitanika. Vrijednost pokazatelja je najviša za psihičko zdravlje, interni lokus kontrole kod ispitanika koji imaju VŠS, dok su rangovi kod optimizma najviši kod ispitanika koji imaju SSS (Tablica 52.).

Kako bismo bolje ispitali odnose između promatranih varijabli proveden je Spearmanov koeficijent korelacije.

Spearmanovom korelacijom izražavamo međusobnu povezanost dvije varijable. Vrijednost ovog testa kreće se u intervalu $-1 \leq r \leq +1$ pri čemu – predznak korelacije označava negativnu (obrnutu) korelaciju, dok + predznak označava pozitivnu korelaciju. Što je vrijednost Spearmanovog koeficijenta korelacije veća kažemo da je korelacija između varijabli jača (značajnija). Za potrebe ovog istraživanja komentirani su koeficijenti korelacije veće od 0,5, $r > 0,5$.

Iz tablice 42 može se uočiti kako je razina korelacije (Elafitski otoci) između većine promatranih varijabli pozitivna, a najveće korelacije zabilježene su između varijabli: fizičko zdravlje i psihičko zdravlje ($r=0,740$; $p<0,01$), psihičko zdravlje i utjecaj okoline ($r=0,686$; $p<0,01$), utjecaj okoline i skala zadovoljstva životom ($r=0,652$; $p<0,01$), te psihičko zdravlje i skala zadovoljstva životom ($r=0,622$; $p<0,01$), gdje se radi se o korelacijama srednjeg intenziteta. Razina korelacije između većine promatranih varijabli za Dubrovačko primorje je pozitivna. Najveće korelacije zabilježene su između varijabli: fizičko zdravlje i psihičko zdravlje ($r=0,751$; $p<0,01$), psihičko zdravlje i utjecaj okoline ($r=0,686$; $p<0,01$), utjecaj okoline i skala zadovoljstva životom ($r=0,643$; $p<0,01$), te fizičko zdravlje i utjecaj okoline ($r=0,602$; $p<0,01$), radi se o korelacijama srednjeg intenziteta (Tablica 54.).

S obzirom na navedene rezultate ovim istraživanjem potvrđena je **H 3.** koja glasi da „Postoji međusobna povezanost između glavnih zavisnih varijabli istraživanja, te njihova povezanost s dobi, spolom i stručnom spremom ispitanika“. Rezultati za skupinu ispitanika potvrđuju povezanost pojedinih glavnih varijabli istraživanja sa spolom, dobi i sa stručnom spremom, kao i pozitivnu povezanost između pojedinih varijabli.

Četvrtom zadanom hipotezom, u ovom radu pokušali smo odgovoriti na istraživačko pitanje **H 4.** „Postoji li mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života na temelju preostalih glavnih varijabli istraživanja, te izabranih sociodemografskih karakteristika?“ Provedenim analitičkim modelom izražen je odnos između promatranih varijabli: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, društveni odnosi, utjecaj okoline, optimizam i pesimizam; za Elafitsko otočje s obzirom na zadovoljstvo životom ispitanika, što je bila zavisna varijabla u regresiji. Prikazan je višestruki regresijski model za promatrane varijable u analizi. Protumačenost modela je 51,7 % (Tablica 43.). Pogleda li se vrijednost značajnosti modela, ona iznosi manje od 0,01 ($p<0,01$), te se može zaključiti kako je navedeni regresijski model statistički značajan (Tablica 44.).

Kao značajni prediktori skale zadovoljstva životom kod ispitanika otočnog područja pokazali su se su psihičko zdravlje ($\beta=0,124$, $p<0,01$), te utjecaj okoline ($\beta= 0,196$, $p<0,01$), što znači da bi se s povećanjem psihičkog zdravlja za jednu jediničnu mjeru (1 na skali) povećalo i zadovoljstvo životom ispitanika za vrijednost regresijskog koeficijenta 0,124, kao i da bi se s povećanjem utjecaja okoline za jednu jediničnu mjeru, povećalo i zadovoljstvo životom ispitanika za vrijednost regresijskog koeficijenta 0,196, te na taj način poboljšala i kvaliteta života (Tablica 45.).

Domena upitnika WHOQOL-BREF Psihičko zdravlje obuhvaća čestice: Predodžba tijela i izgleda, Negativni osjećaji, Pozitivni osjećaji, Samopoštovanje, Religioznost/duhovnost/osobna vjerovanja, te Mišljenje, učenje, pamćenje i koncentraciju.

Na pitanje: „Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?“, samo 10,1 % ispitanika otočnog područja je dalo odgovor: „Nikad“, dok je više od polovice ispitanika (54,7 %) odgovorilo: „Ponekad“. Najveći broj ispitanika prihvaća svoj izgled u znatnoj (36,0 %) i najvećoj mjeri (34,7 %). Za česticu „Mišljenje, učenje, pamćenje i koncentraciju“ najveći broj ispitanika dao je pozitivne odgovore, tj. na pitanje: „Koliko se dobro možete koncentrirati?“, 40,9 % (N =61) ispitanika je odgovorilo: „U znatnoj mjeri“, a 28,2 % (42) „U najvećoj mjeri“. Jednako tako, najveći broj ispitanika je zadovoljan sobom, na što ukazuju odgovori „U znatnoj mjeri“ 33,6 % (N =50) i „U najvećoj mjeri“, 30,9 % (N = 46), kao i vjerovanje da njihov život ima smisla („U znatnoj mjeri“ 42,6 % i „u najvećoj mjeri“ 35,1 %). Ukupni rezultati, koji su najvećim djelom pozitivni, govore nam o važnosti psihičkog zdravlja i pozitivne percepcije ispitanika otočnog područja o zadovoljstvu životom.

Ranijom analizom (Tablica 34.) uočeno je da su vrijednosti pokazatelja za parametar utjecaja okoline viši, što ukazuje na važnost ovog segmenta za kvalitetu života i zadovoljstvo istim. Negativan utjecaj okoline, kao i nedostatak socijalne podrške u starijoj životnoj dobi, dovodi do usamljenosti, kao i do psihičkih poremećaja različitog inteziteta. To se posebno odnosi na: tugu, anksioznost i depresiju, što potvrđuju i istraživanja (Yeung idr. 2010; Sharpley idr. 2015; Pin i Spini 2016; Wu idr. 2018). Yeung i suradnici (2010) u svojem istraživanju ističu važnost utjecaja socijalne sredine na psihičko zdravlje starijih osoba, kao i da nedostatak socijalne podrške od strane obitelji i društva povećava mogućnost za razvoj depresije za 2,77 puta (Yeung idr. 2010, 454-455), što naglašava važnost postojanja mreže podrške u cilju postizanja maksimalne kvalitete starenja. Depresija se navodi kao najčešći mentalni poremećaj. Procjenjuje se da će se u budućnosti stopa gerijatrijske depresije povećavati, što će rezultirati opterećenjem na sustav na lokalnoj i nacionalnoj razini, povećavajući potražnju za zdravstvenom i socijalnom skrbi, a u skladu s tim i većim financijskim izdacima (Babatsikou idr. 2017, 1287). Istraživanje istih autora koje je provedeno u urbanim i poluurbanim sredinama u Grčkoj, s ciljem dobivanja rezultata o rasprostranjenosti depresije kod starijih osoba, pokazalo je da uz faktore koji utječu na psihičko zdravlje starije osobe kao što su životni stil, navike i aktivnosti, mjesto boravka ima veliki utjecaj na pojavnost depresivnih simptoma, kao i život u zajednici (Babatsikou idr. 2017, 1292-1293). Od

ukupnog broja ispitanika, njih 28 % iz poluurbane sredine nije imalo depresivne simptome, za razliku od samo 3,3 % ispitanika iz urbane sredine. Depresija ima veliki utjecaj na dobrobit i kvalitetu života pojedinca i njegove obitelji, što ukazuje na potrebu prevencije i poduzimanja aktivnosti u smislu intenziviranja socijalne podrške, na osnovu čega bi se moglo osigurati veće zadovoljstvo životom.

Rezultatima našeg istraživanja dokazano je da porastom psihičkog zdravlja i većom ocjenom za utjecaj okoline i skala zadovoljstva životom biva pozitivnije ocijenjena, a ujedno i kvaliteta života ispitanika Elafitskih otoka. Što se tiče ispitanika kopnenog ruralnog područja (Dubrovačko primorje), kao značajni prediktori skale zadovoljstva životom su kao i kod ispitanika otočnog područja: „Utjecaj okoline“ ($\beta=0,209$, $p<0,01$), ali kao drugi značajni prediktor pokazao se „Optimizam“ ($\beta= 0,331$, $p<0,01$), što znači da se bi se povećanjem utjecaja okoline za jednu jediničnu vrijednost, povećavalo i zadovoljstvo životom ispitanika Dubrovačkog primorja za vrijednost regresijskog koeficijenta 0,209, kao i s povećanjem optimizma za jednu jediničnu vrijednost, da bi došlo do povećanja zadovoljstva životom za vrijednost regresijskog koeficijenta 0,331 (Tablica 57.). Protumačenost modela je 58,7 %, što pokazuje iznimno dobar rezultat u empirijskim istraživanjima (Tablica 55.).

Uspoređujući rezultate analize, ustanovljeno je postojanje značajnih prediktora koji bi mogli utjecati na zavisnu varijablu zadovoljstvo životom i na osnovu kojih je moguće predvidjeti pojedine domene kvalitete života, kao i da se oni razlikuju kod promatranih lokacija. Dokazano je da bi se porastom istih (psihičko zdravlje i utjecaj okoline – Elafitski otoci,; utjecaj okoline i optimizam – Dubrovačko primorje) povećala i skala zadovoljstva životom. Da subjektivno blagostanje, tj. zadovoljstvo životom starijih osoba u velikoj mjeri ovisi o kontekstualnim i društvenim čimbenicima, potvrđuje i istraživanje koje je provedeno u Australiji (2013), čiji su rezultati pokazali da uključenost u društvene aktivnosti ima puno veći utjecaj na zadovoljstvo životom od zdravstvenog stanja starijih Australaca (Booth idr. 2013, 20).

S obzirom na rezultate našeg istraživanja dokazano je da postoji mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života na temelju promatranih varijabli istraživanja, što potvrđuje četvrtu hipotezu **H 4.** koja glasi da „Postoji mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života na temelju preostalih glavnih varijabli istraživanja te izabranih sociodemografskih karakteristika“.

Uz sve navedene parametre, potrebne da bi osoba mogla kvalitetno stariti, za postizanje dobre kvalitete života, kao i ostanka stanovništva u ovim područjima, od velikog je značaja mogućnost dnevne migracije (prometni sustav) prema većim središtima radi zadovoljavanja potrebe stanovništva, što bi sigurno smanjilo iseljavanje mlađe populacije s ovih područja, te osiguralo dostupniju formalnu i neformalnu skrb starijem stanovništvu, kao i omogućilo kvalitetnije starenje (Šterc i Šterc 2016, 32). Uz niz prednosti koje starije osobe navode za život u otočnim i ruralnim područjima, kao veliki nedostatak navodi se slaba povezanost s većim središtima, tj. ograničenost u načinu i učestalosti prometne povezanosti, što u velikoj mjeri utječe na kvalitetu života u više segmenata (Babić idr. 2004a; Klempić-Bogadi i Podgorelec 2011; Marinković 2018). Dobra povezanost s većim središtima, kao i dostupnost resursa, potrebnih za kvalitetan život je još jedan od parametara na koji je moguće utjecati od strane lokalnih vlasti, te na taj način omogućiti veće zadovoljstvo življenja u ovim područjima, kao i bolju kvalitetu života starijih osoba.

U našem istraživanju na pitanje: “Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?“, vidljiva je razlika u zadovoljstvu za ispitivana područja. Najveći postotak ispitanika s Elafitskih otoka, njih 34,2 % (N = 51) je zadovoljno „u znatnoj mjeri“, za razliku od 22 % (N = 33) ispitanika Dubrovačkog područja, dok skoro trećina ispitanika, 30,7 % (N = 46) izražava nezadovoljstvo i daje odgovor: „Uopće ne“, za razliku od samo 8,7 % (N = 13) ispitanika s Elafitskih otoka. Kao što navodi Marinković (2018) “Dostupnost otoka, kao specifičnih prostornih cjelina okruženih sa svih strana morem, neizostavni je preduvjet za njihovu fizičku i funkcionalnu integraciju s kopnom.” (Marinković 2018, 177). Odvojenost od kopna je vrlo često i sinonim za jednu vrstu izolacije, što kod osoba, posebno starije životne dobi, izaziva osjećaj nesigurnosti i ovisnosti u smislu planiranja i trošenja resursa potrebnih za svakodnevni život (Babić idr. 2004a, 270). Situacija se ne razlikuje u ruralnim brdskim područjima, gdje se uslijed nedovoljne povezanosti kopnenim putem i udaljenosti većih središta, starije osobe koje imaju funkcionalne deficite nalaze u jednoj vrsti izoliranosti (Šterc i Šterc 2016, 3). U „Strategiji ruralnog razvoja Republike Hrvatske 2007-2013“ kao osnovna karakteristika hrvatskih ruralnih područja navodi se: “loš pristup stanovništva temeljnoj infrastrukturi”, u koju se ubraja i gustoća cesta (Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja 2008, 15).

Rezultati našeg istraživanja pokazuju veće zadovoljstvo ispitanika otočnog područja u smislu prijevoznih sredstava, kao i povezanosti s većim središtem. Međutim, problem koji dodatno otežava svakodnevnu fluktuaciju stanovništva s otoka su vremenske prilike, posebno u zimskom razdoblju, na koje nije moguće utjecati.

Iz svega spomenutoga može se zaključiti da su rezultati istraživanja pokazali da postoje razlike u mjerenim pokazateljima kvalitete života u odnosu prema mjestu življenja – otok / kopno u smjeru povoljnijih pokazatelja za ispitanike koji žive na otocima, gdje je vrijednost pokazatelja viša za varijable: interni lokus kontrole, optimizam, zadovoljstvo životom, fizičko i psihičko zdravlje, utjecaj okoline, u odnosu prema ispitanicima ruralnog područja Dubrovačkog primorja. Dalje je utvrđeno da postoji međusobna povezanost između glavnih zavisnih varijabli istraživanja, kao i s pojedinim sociodemografskim pokazateljima, kao što su dob, spol i stručna sprema, koja se razlikuje za otočno područje i kopneno ruralno područje. U ispitanika s otočnog područja postoji povezanost istraživanih varijabli s dobi i spolom, ali ne i sa stručnom spremom, dok je u ruralnom kopnenom području utvrđena povezanost s dobi i stručnom spremom, ali ne i sa spolom. S obzirom na spomenute rezultate, dokazano je da postoji mogućnost prognoze pojedinih domena kvalitete života, čijim je mjerenjem moguće predvidjeti zadovoljstvo životom, kao i utjecati na poboljšanje. Ovakvim ispitivanjem se omogućuje procjena stvarnih problema starije populacije, kao i ciljano djelovanje na određena područja s ciljem povećavanja zadovoljstva i poboljšanja kvalitete starenja.

Podatci Zaklade UN-a za stanovništvo (UNFPA) u izvješću pod nazivom „Starenje u 21. stoljeću: uspjeh i izazov“ (UNFPA and Help Age International, 2012) govore o tome da će: “svijet u narednih deset godina dostići brojku od milijardu ljudi starih 60 i više godina” (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku 2017, 4), zbog čega je nužno unaprjeđenje zakonodavnog okvira, podizanje razine svijesti o starosti i pravima starijih osoba te širenje i unaprjeđenje usluga u zajednici, kako bi se starijim osobama omogućila kvalitetna starost i zadovoljstvo životom u ovoj životnoj dobi (Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku 2017, 5).

Dobiveni podatci su od velikog značaja jer detaljna analiza rezultata istraživanja može koristiti ciljanom prepoznavanju problema starijih osoba s kojima se svakodnevno susreću, a koji otežavaju postizanje maksimalne kvalitete života. Jednako tako iz dobivenih se podataka može dobiti uvid u potrebe stanovništva s obzirom na specifičnosti svakog prostora, što daje mogućnost lokalnim vlastima, kako preventivnog djelovanja, tako i rješavanja problema koji otežavaju svakodnevnicu i narušavaju kvalitetu života.

4 ZAKLJUČAK

Svrha ovog rada bila je utvrditi kvalitetu života starijih osoba u ruralnim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije, kao i razinu njihovog zadovoljstva životom u sredini u kojoj borave. U istraživanju je sudjelovalo 300 ispitanika starije životne dobi (starijih od 60 godina), od kojih je 150 ispitanika s otočnog područja (Elafitski otoci), a 150 ispitanika ruralnog kopnenog područja (Dubrovačko primorje).

Rezultati ove disertacije utvrdili su da postoje razlike u pojedinim pokazateljima kvalitete života starijih koji žive na otočnom području i ruralnom kopnenom prostoru, te da su karakteristike područja u kojem osobe žive i njihove specifičnost od velikog značaja za percepciju i procjenu kvalitete života. Kao što je već spomenuto, potrebe starijih osoba razlikuju se s obzirom na posebnosti područja u kojima žive, a te posebnosti moraju biti temelj za način pristupa i skrbi o starijim osobama u ovim područjima.

Ruralnu kopnenu i ruralnu otočnu sredinu karakterizira niz specifičnosti. S jedne strane to su područja koja obiluju mirom i prirodnim ljepotama, dok se s druge strane otvara niz problema kao što su nedostatno ulaganje vlasti u područja, što dovodi do nedostatne pokrivenosti javnozdravstvenim i socijalnim uslugama, kao i uslugama prijevoza, tj. povezanosti s većim središtima, što na jedan način dovodi do socijalne isključenosti, posebno starije populacije, kao i ovisnosti o nečijoj pomoći. Sve zajedno se manifestira, prije svega na osobnoj razini, te u velikoj mjeri i na različite načine utječe na kvalitetu života ispitanika. Promjene strukture obitelji dovode u pitanje postojeće sustave skrbi i brige za starije osobe, zbog čega je potrebno osmisliti nove strategije i načine pomoći, koje bi pridonijele dobrobiti starijih osoba i zadovoljile njihove potrebe, a u isto vrijeme omogućile samostalnost, te što aktivniju uključenost u zajednicu. Aktivan život je u izravnoj vezi s brojnim socijalnim i psihološkim koristima, a povezan je i s produženim očekivanim trajanjem života, gdje socijalna podrška lokalne zajednice i dostupnost resursa imaju važnu ulogu.

Rezultati istraživanja pokazali su da postoji statistički značajna razlika za kategorije: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, utjecaj okoline, skalu zadovoljstva životom, interni lokus kontrole i optimizam; s obzirom na promatrane skupine, i to u smjeru vrijednosti pokazatelja viših za ispitanike koji su s Elafitskih otoka. Što se tiče načina provođenja slobodnog vremena, nije uočena statistički značajna razlika između ispitanika otočnog područja i

ruralnog kopnenog područja ($p > 0,05$) za pitanja: vrijeme s obitelji i prijateljima, kartanje i društvene igrice, računarstvo i igranje računalnih igara, vjerske obveze; dok se odgovori na sva ostala pitanja značajno razlikuju kod promatranih skupina.

Gledajući komparativno, uočena je statistički značajna razlika u načinu provođenja slobodnog vremena s obzirom na spol, gdje je veća učestalost u vjerskim obvezama i ostalim aktivnostima zabilježena kod ženskih ispitanika iz Primorja, dok je kod muških ispitanika s otoka u većoj mjeri zabilježen sklonost umjetnosti i obrtu, kao aktivnostima s kojima se dominantnije bave. Nadalje, uočene su statistički značajne razlike u korištenju slobodnog vremena po kategorijama: tjelesno vježbanje i zdravlje, „Izoštavanje“ moga uma, intelektualna radoznalost, razvijanje vlastite kreativnosti, pronalazak novih prijatelja i širenje vlastite socijalne mreže, učenje o novim idejama, podrška zaštiti okoliša i naporima zajednice, biti uključen u zajednička nastojanja zajednice, volontiranje u svojoj zajednici; s pozitivnijim odgovorima ispitanika otočnog područja (Tablica 31.). Za kategorije: Jačanje obiteljskih odnosa i Imanje duhovnog života ne postoje statistički značajne razlike. Najveći broj ispitanika na oba područja smatra ova područja „najvažnijim“ i „vrlo važnim“ u svakodnevnom životu, što se podudara i s rezultatima o čestini provođenja određene vrste aktivnosti u slobodno vrijeme. Što se tiče rekreacije u smislu aktivnosti, rezultati su pokazali veću aktivnost ispitanika otočnog područja, što bi se moglo protumačiti manjom životnom dobi, boljim zdravstvenim stanjem, ali i boljom povezanošću s gradskim središtem u smislu dostupnosti organiziranih sadržaja, kao i većom uključenosti u organizirane aktivnosti (udruge umirovljenika).

Nadalje, ovim istraživanjem je ustanovljeno da je na osnovi pojedinih prediktora moguće predvidjeti utjecaj pojedinih domena na kvalitetu života, što je od velikog značaja za preventivno djelovanje na iste u smislu poboljšanja, što bi s jedne strane olakšalo kreatorima javnih politika pronalaženje novih i adekvatnijih pristupa, kao i planiranje i provođenje usluga prilagođenih potrebama starijih osoba.

Na početku istraživanja pretpostavka je bila da bi se mogla pojaviti ograničenja prilikom prikupljanja podataka u vidu nesklonosti surađivanja ispitanika, kao i u nespremnosti odgovaranja na pojedina pitanja, a s druge strane u neiskrenosti odgovaranja, što bi moglo rezultirati nepotpunim ili pogrešnim rezultatima. Međutim, unatoč visokoj životnoj dobi i funkcionalnim ograničenjima (oštećenja vida i sluha, poteškoće pri komunikaciji),

prikupljanje podataka je proteklo uz veliku suradljivost ispitanika. Kako bi se moguća ograničenja svela na najnižu razinu, poštivala su se pravila o načinu i metodologiji istraživanja, kao i provedena kvalitetna edukacija patronažnih sestara.

Istraživanje će odgovoriti na pitanja o potrebama starijih osoba u ruralnim kopnenim i otočnim sredinama, razvijenosti mreže socijalnih usluga na području županije, te dostupnosti socijalnih usluga po istraživanim područjima županije. Na toj osnovi će biti moguće u budućnosti planirati razvoj i širenje socijalnih usluga. Doprinos ovog istraživanja s praktične strane može se očitovati u konkretnom planiranju dugoročne javnozdravstvene i socijalne politike, s ciljem očuvanja zdravlja, povećanja zadovoljstva životom, kao i podizanja kvalitete života starijih osoba, s obzirom na razinu uključenosti različitih pružatelja usluga (javnih, privatnih, udruga), te geografske pokrivenosti korisnika uslugama u ruralnim, odnosno otočnim sredinama.

Ovo istraživanje može poslužiti za identificiranje skupina kod kojih postoji povećan rizik za sniženu kvalitetu života, kako bi se kroz određene intervencije javnozdravstvenih i socijalnih programa poboljšali pojedini - ciljani segmenti života, koji su se pokazali kao deficitarni na ova dva ispitivana područja, te povećala dostupnost usluga za starije osobe. Individualno planiranje usluga i skrbi uz holistički pristup, uzimajući u obzir specifičnosti područja, temelj su za stvaranje uvjeta za optimalno starenje, a sve u cilju povećanja zadovoljstva životom i kvalitete života starijih osoba u ovim područjima.

5 LITERATURA

1. Abdala Gina Andrade, Miako Kimura, Harold G. Koenig, Katia G Reinert i Khim Horton. 2015. Religiosity and quality of life in older adults: literature review. *Life Style* 2 (2): 25-51.
2. Amann, Gregória, Paulo Nogueira, João Gama i Maria Isabel Alves. 2018. PW 1230 Falls among the elderly are preventable. A holistic approach on safety promotion in Portugal. *Injury Prevention* 24 (2): A221. Dostupno na: [10.1136/injury-prevention-2018-safety.611](https://doi.org/10.1136/injury-prevention-2018-safety.611) (20. siječanj 2020).
3. Ambrosi-Randić, Neala i Marlena Plavšić. 2008. *Uspješno starenje*. Pula: Plava Rijeka d.o.o.
4. Ambrosi-Randić, Neala, Marina Nekić i Ivana Tucak Junaković. 2017. Percepcija kroničnih bolesti u kontekstu psihološke dobrobiti starijih osoba. *Socijalna psihijatrija* 45 (4): 231-240.
5. Armbruster, Diana, Lars Pieper, Jens Klotsche i Jürgen Hoyer. 2015. Predictions get tougher in older individuals: A longitudinal study of optimism, pessimism and depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 50 (1): 153-163.
6. Aydiner Boylu, Ayfer i Gülay Gunay. 2017. Life satisfaction and quality of life among the elderly: moderating effect of activities of daily living. *Turkish Journal of Geriatrics* 20 (1): 61-69.
7. Babatsikou, Fotoula, Eleni Konsolaki, Venetia Notara, Marianna Kouri, Sofia Zyga i Charilaos Koutis 2017. Depression in the elderly: a descriptive study of Urban and Semi-Urban Greek population. *International Journal of Caring Sciences* 10 (3): 1286.
8. Babić, Dragutin, Ivan Lajić i Sonja Podgorelec. 2004a. Otočni izazovi: život na periferiji, odlazak ili revitalizacija otočnog mikrosocijalnog ambijenta. *Sociologija i prostor: časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja* 42 (3/4 (165/166)): 255-276.
9. Babić, Dragutin, Ivan Lajić i Sonja Podgorelec. 2004b. *Otoci dviju generacija*. Institut za migracije i narodnosti.
10. Bađun, Marijana. 2015. Neformalna dugotrajna skrb za starije i nemoćne osobe. *Newsletter, Povremeno glasilo Instituta za javne financije*. Dostupno na: <https://doi.org/10.3326/nlh.2015.100> (3. lipanj 2019).

11. Bara, Mario i Sonja Podgorelec. 2015. Društvene teorije umirovljenja i produktivnog starenja. *Etnološka tribina* 38 (45): 58-71.
12. Barysheva, Galina i Irina Kashchuk. 2015. Improving the socio-emotional well-being of the older generation through the implementation of territorial marketin. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* (166): 62-68.
13. Bashkireva, A. S., D. Yu Bogdanova, A. Ya Bilyk, A. V. Shishko, E. Yu Kachan i V. A. Arutyunov. 2019. Quality of Life and Physical Activity among Elderly and Old People. *Advances in Gerontology* 9 (2): 224-231.
14. Berc, Gordana, Damir Ljubotina i Slavica Blažeka. 2004. Family structure and Living Conditions of Families in Rural and Urban Settlements. *Sociologija sela: časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja* 42 (163/164 (1/2)): 23-43.
15. Berglund, Erik, Per Lytsy i Ragnar Westerling. 2014. The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: a structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health* 14 (1): 492.
16. Berkoz, Lale i Funda Yirmibesoglu. 2013. Life Satisfaction Determinants of the Elderly: Case of Istanbul. *European Journal of Social Sciences* 38 (4): 517-531.
17. Blace, Nestor Pabiona. 2012. Functional ability, participation in activities and life satisfaction of the older people. *Asian Social Science* 8 (3): 75.
18. Black, Kathy, Debra Dobbs i Tiffany L. Young. 2015. Aging in community: Mobilizing a new paradigm of older adults as a core social resource. *Journal of Applied Gerontology* 34 (2): 219-243.
19. Bonke, Jens. 2015. Love and retirement – Older couples' leisure time before and after retirement. *International Journal of Time Use Research* 12 (1): 97-114.
20. Bonsang, Eric i Tobias J. Klein. 2012. Retirement and subjective well-being. *Journal of Economic Behavior & Organization* 83 (3): 311-329.
21. Booth, Heather, Heather Crawford, Tim D. Windsor, Pilar Rioseco, Cindy Bradley, Lin Chen i Robert Ackland. 2013. Staying connected: Social engagement and wellbeing among mature age Australians. *Canberra: National Seniors Productive Ageing Centre*.
22. Borchard, David C i Patricia A Donohoe. 2008. *The joy of retirement*. New York: AMACOM Dostupno na:
<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/57/3/P212/581321/Retirement-Transitions-Gender-and-Psychological#9368762> (14. ožujak 2018).
23. Bowling, Ann i Steve Iliffe. 2011. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults.. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9. ožujak.

- Dostupno na: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-13> (25. ožujak 2018).
24. Božičević, Viktor, Siniša Brlas i Marina Gulin. 2012. Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. *Priručnik za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo Sveti Rok.
 25. Böger, Anne i Oliver Huxhold. 2018. Age-related changes in emotional qualities of the social network from middle adulthood into old age: How do they relate to the experience of loneliness?. *Psychology and aging* 33(3): 482.
Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2018-06610-001.pdf> (15. lipanj 2019)
 26. Breheny, Mary i Christine Stephens. 2017. Spending time: The discursive construction of leisure in later life. *Annals of Leisure Research*, 20 (1): 39-54.
 27. Burch, John B., Alison Deckhut Augustine, Leslie A. Frieden, Evan Hadley, T. Kevin Howcroft, Ron Johnson, Partap S. Khalsa, Ronald A. Kohanski, Xiao Ling Li, Francesca Macchiarini, George Niederehe, Young S. Oh, Aaron C. Pawlyk, Henry Rodriguez, Julia H. Rowland, Grace L. Shen, Felipe Sierra i Bradley C. Wise. 2014. Advances in geroscience: impact on healthspan and chronic disease. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences* 69 (1): S1-S3.
 28. Casado-Díaz, María A., Ana B. Casado-Díaz i José M. Casado-Díaz. 2014. Linking tourism, retirement migration and social capital. *Tourism Geographies* 16 (1): 124-140.
 29. Campos, Wilfrido, Alicia Martinez, Wendy Sanchez, Hugo Estrada, Noé Alejandro Castro-Sánchez i Dante Mujica. 2016. A systematic review of proposals for the social integration of elderly people using ambient intelligence and social networking sites. *Cognitive Computation* 8 (3): 529-542.
 30. Cascio, Maura I., Paola Magnano, Silvia Elastico, Valentina Costantino, Valentina Zapparrata, Antonino Battiato. 2014. The Relationship among Self-Efficacy Beliefs, External Locus of Control and Work Stress in Public Setting Schoolteachers. *Open Journal of Social Sciences* 2: 149-156.
 31. Chandiramani, Komal. 2014. Locus of control and subjective wellbeing: Examining gender differences. *Indian Journal of Health & Wellbeing* 5(3): 325-329.
 32. Chen, Yu, Allan Hicks i Alison E. While. 2014. Quality of life and related factors: a questionnaire survey of older people living alone in Mainland China. *Quality of Life Research* 23 (5): 1593-1602.
 33. 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/> (10. veljača 2018).
34. Cummins, A. Robert. 2003. Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research* 64: 225-256.
 35. Cummins, A. Robert. 2016. *Quality of live. U: Nirbhay, N. Singh. Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental*. Switzerland: Springer International Publishing. 169-229.
 36. Ćakić-Kuhar, Sandra, Tihana Mikulčić, Milka Mates, Janko Finderle, Vesna, Dobrilović Franc i Radmila Korlević. 2015. *Strategija zdravog starenja grada Poreča-Parenzo 2015. - 2020. godine*. Poreč: Grad Poreč.
 37. da Silva, Patrícia Costa dos Santos, Fábio de Souza Terra, Alessandra Domingues da Silva Graciano, Elen Carolina Rossignolli Magalhães i Wanda Aparecida Lopes dos Santos. 2012. Elderly people practicing physical activity in social projects and life satisfaction. *Journal of Nursing* 6 (2): 409-416.
 38. Demir, Gokce, Sevil Bicer, Deniz G. Bulucu-Böyüksoy i Betül Özen. 2016. Attitudes of nursing students about ageism and the related factors. *International Journal of Caring Sciences* 9 (3): 900-908.
 39. Despot-Lučanin, Jasminka. 2003. *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
 40. Despot-Lučanin, Jasminka. 2008. Zdravstvena psihologija starenja - prikaz područja i pregled istraživanja u Hrvatskoj. *Klinička psihologija* 1 (1-2): 59-76.
 41. Diamond, Jared. 2010. ***Honor or Abandon: Why does treatment of the elderly vary so widely among human societies?***. Neuroscience Research Building auditorium. Dostupno na: <http://newsroom.ucla.edu/stories/jared-diamond-on-aging-150571>(15. siječanj 2018).
 42. Diener, Ed. 1984. Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95 (3): 542-575.
 43. Diener, Ed i Marissa Diener. 1995. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 68: 653-663.
 44. Diener, Ed i Micaela Y. Chan. 2011. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3 (1). 1-43.
 45. Djundeva, Maja, Pearl A. Dykstra i Tineke Fokkema. 2019. Is living alone “aging alone”? Solitary living, network types, and well-being. *The Journals of Gerontology: Series B* 74 (8): 1406-1415.

46. Dobrotić, Ivana i Maja Lakija. 2012. Obrasci društvenosti i percepcija izvora neformalne socijalne podrške u Hrvatskoj. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 21 (1): 39-58.
47. Doenges E, Marilyn, Mary Frances Moorhouse i Alice C Murr. 2016. *Nursing Diagnosis Manual: Planning, Individualizing, and Documenting Client Care*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
48. Državni Zavod za statistiku. 2013. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Dostupno na: http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf (10. siječanj 2018).
49. Dubrovačko-neretvanska županija. 2014. *Socijalni plan 2014-2016*. Dostupno na: <http://www.dubrovackoneretvanskazupanija.hr/2015/Socijalni%20plan%20DNZ%2014-2016.pdf> (15. srpanj 2019).
50. Dubrovačko-neretvanska županija. 2015. *Izješće o stanju u prostoru Općine Dubrovačko Primorje za razdoblje od 2011. do 2015. Godine*. Dostupno na: <http://www.zzpudnz.hr/LinkClick.aspx?fileticket=yLl6XSbUegI%3D&tabid=234> (20. srpanj 2019).
51. Elizalde-San Miguel, Begoña i Vicente Díaz-Gandasegui. 2016. Aging in rural areas of Spain: the influence of demography on care strategies. *The History of the Family* 21 (2): 214-230.
52. Enkvist, Åsa, Henrik Ekström i Sölve Elmståhl. 2012. What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old?. *Archives of gerontology and geriatrics* 54 (1): 140-145.
53. Eurofound. 2014. *Trendovi u kvaliteti života – Hrvatska: 2007.-2012*. Luxembourg: Ured za publikacije Europske unije. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/745259.Hrvatska-Kvaliteta_zivota_2007-2012.pdf (10. veljača 2018).
54. Europski parlament. 2017. *Nacrt izvješća o uvođenju instrumenata kohezijske politike po regijama kako bi se odgovorilo na demografske promjene. 2014-2019*. Odbor za regionalni razvoj. (2016/2245(INI)) 10-11. (15. veljače 2018).
55. Eurostat. 2016. *Statistički podaci o stanovništvu na regionalnoj razini*. Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/hr (21. veljača 2018).

56. Fastame, Maria Chiara, Paul Kenneth Hitchcott i Maria Pietronilla Penna. 2018. The impact of leisure on mental health of Sardinian elderly from the 'Blue Zone': Evidence for ageing well. *Aging clinical and experimental research* 30 (2): 169-180.
57. Felce, David i Jonathan Perry. 1995. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities* 16 (1): 51-74.
58. Fernández-Ballesteros, Rocío, Mariagiovanna Caprara, Rocío Schettini, Antonio Bustillos, Víctor Mendoza-Nunez, Teresa Orosa, Rosita Kornfeld, Macarena Rojas, María Dolores López, Marta Santacreu, María Ángeles Molina i María Dolores Zamarrón. 2013. Effects of university programs for older adults: changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educational Gerontology* 39 (2): 119-131.
59. Forsman, Anna K., Johanna Nordmyr i Kristian Wahlbeck. 2011. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health promotion international* 26 (1): i85-i107.
60. Galić, Slavka i Nada Mrčela Tomasović. 2013. *Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja*. Osijek: Medicinska škola Osijek.
61. Gawande, Atul. 2016. *Prolaznost: medicina i ono što je na kraju važno*. Zagreb: Mozaik knjiga.
62. Gierveld de Jong, Jenny i Clemens Tesch-Romer. 2012. Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: theoretical perspectives. *European Journal of Ageing* (9): 285–295.
Dostupno na: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10433-012-0248-2.pdf> (15. veljače 2018).
63. Glamuzina, Martin i Nikola Glamuzina. (1999). Suvremena geografska problematika otoka Lopuda i Koločepa. *Geoadria* 4 (1): 89-100.
64. Grad Dubrovnik. 2018. *Strateški plan Grada Dubrovnika 2018.-2020*. Dostupno na: https://www.dubrovnik.hr/uploads/20181206/STRATE%C5%A0KI_PLAN_GRADA_DUBROVNIKA_2018._%E2%80%932020._godine.pdf (15. travanj 2018).
65. Gutman, Gloria i Charmaine Spencer. 2010. *Aging, Ageism and Abuse: Moving from Awareness to Action*. Inc. London: Elsevier.
66. Haifeng, Li, Li Yang i Chen Tianyong. 2014. The Roles of Different Sources of Social Support on Emotional Well-Being among Chinese Elderly. *PLoS One* 9 (3). Dostupno na:

- <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0090051> (20. siječanj 2018).
67. Hancock, Shaun i Yvonne Wells. 2019. The change in quality of life for older Australians: A rural and urban comparison. *Australian Journal of Rural Health* 27 (4): 322-327.
 68. Havelka, Mladen, Jasminka Despot Lučanin i Damir Lučanin. 2000. Potrebe starijih osoba za cjelovitim uslugama skrbi u lokalnoj zajednici. *Revija za socijalnu politiku* 7 (1): 19-27.
 69. Heylen, Leen. 2010. The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age. *Ageing & Society* 30 (7): 1177-1196.
 70. Hudek-Knežević, Jasna i Igor Kardum. 2006. *Stres i tjelesno zdravlje*. Zagreb: Naklada Slap.
 71. Idler, Ellen L., Julie McLaughlin i Stanislav Kasl. 2009. Religion and the quality of life in the last year of life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 64(4): 528-537.
 72. 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.
 73. Institut za razvoj i međunarodne odnose (IRMO). 2016. *Akcijski plan za implementaciju modela difuznih hotela na Elafitskim otocima*. Dostupno na: http://www.dura.hr/user_files/made/natasa/DIFUZNI%20HOTELI.pdf (21. travanj 2018).
 74. Isengard, Bettina i Marc Szydlik. 2012. Living apart (or) together? Coresidence of elderly parents and their adult children in Europe. *Research on Aging* 34 (4): 449-474.
 75. Kalra, Gurvinder, Alka Subramanyam i Charles Pinto. 2011. Sexuality: Desire, activity and intimacy in the elderly. *Indian journal of psychiatry* 53(4): 300.
 76. Kardum, Igor, Jasna Hudek-Knežević i Nada Krapčić. 2018. Optimizam, pesimizam i tjelesno zdravlje. *Psychological Topics* 27 (3): 585.
 77. Karlić Mujo, Helena. 2010. Contemporary population and development challenges in the Municipality of Dubrovačko Primorje, Croatia. *Geoadria* 15 (1): 109-143.
 78. Kaur, Harkirat, Harleen Kaur i Mahalingam Venkateshan. 2015. Perceived Family Support and Quality of Life of Elderly Population. *International Journal of Nursing Education* 7 (4): 91-97.
 79. Kesavayuth, Dusanee, Robert E. Rosenman i Vasileos Zikos. 2016. Retirement, personality and well-being. *Economic Inquiry* 54 (2): 733-750.

80. Klempić-Bogadi, Sanja i Sonja Podgorelec. 2011. Sociodemografske promjene u malim otočnim zajednicama-primjer otoka Zlarina. *Geoadria* 16 (2): 189-209.
81. Kostka, Tomasz i Violetta Jachimowicz. 2010. Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Quality of Life Research* 19 (3): 351-361.
82. Kovčo Vukadin, Irma, Miranda Novak i Helena Križan. 2016. Zadovoljstvo životom: individualna i obiteljska perspektiva. *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju* 24 (1): 84-115.
83. Krizmanić, Mirjana. 2014. *Jesenji valcer: šetnja sunčanom stranom starenja*. Zagreb: V.B.Z.
84. Kubler-Ross, Elisabeth i David Kessler. 2016. *Pouke života*. Zagreb: Planetopija.
85. Lahti, Jouni, Mikko Laaksonen, Eero Lahelma i Ossi Rahkonen. 2011. Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 8: 36. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3094268/> (15. travanj 2018).
86. Lajić, Ivan i Roko Mišetić. 2013. Demografske promjene na hrvatskim otocima na početku 21. stoljeća. *Migracijske i etničke teme* 29 (2): 169–199.
87. Langer, Ellen Jane. 2012. *Counterclockwise*. Zagreb: V.B.Z.
88. Lawton, M. Powell i Lucille Nahemow. 1973. Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.). *The psychology of adult development and aging* 619–674. Dostupno na: <https://doi.org/10.1037/10044-020> (15. lipanj 2019).
89. Lawton, M. Powell. 1982. Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In M. P. Lawton, P. G. Windley, & T. O. Byerts (Eds.). *Aging and the environment* New York: Springer. 33–59.
90. Lee, Pearl G., Christine Cigolle i Caroline Blaum. 2009. The Co-Occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: The Health and Retirement Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 57 (3): 511-516.
91. Lepad, Željka i Zdravka Leutar. 2012. Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj dobi. *Socijalna ekologija*. 21 (2): 203-223.
92. Leutar, Zdravka, Ana Štambuk i Silvija Rusac. 2007. Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija za socijalnu politiku* 14 (3-4): 327-346.
93. Li, Chia-Ing, Chih-Hsueh Lin, Wen-Yuan Lin, Chiu-Shong Liu, Chin-Kai Chang, Nai-Hsin Meng, Yi-Dar Lee, Tsai-Chung Li i Cheng-Chieh Lin. 2014. Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling

- elders. *BMC Public Health* 14:1013 Dostupno na: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1013> (15. ožujak 2018).
94. Line, Maurice B. 2004. Management musings 19: going gently into the dark night of retirement. *Library management* 25 (8/9): 399-400.
95. Lončar, Ivana i Mladen Lončar. 2017. Zdravlje i seksualnost osoba treće životne dobi. *Socijalna psihijatrija* 45 (4): 254-261.
96. Lorek, Amy E., John Dattilo, Jacqueline Mogle, Sara Freed, Margaret Frysinger i Shang-Ti Chen. 2017. Staying connected: Recommendations by older adults concerning community leisure service delivery. *Journal of Park and Recreation Administration* 35 (3): 94-112.
97. Lovreković, Marija i Zdravka Leutar. 2010. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija* 19 (1): 55-79.
98. Lučev, Ivana i Meri Tadinac. 2010. Provjera dvaju modela subjektivne dobrobiti te povezanosti zadovoljstva životom, demografskih varijabli i osobina ličnosti. *Migracijske i etničke teme*, 26 (3): 263-296.
99. Magaš, Damir, Josip Faričić i Maša Surić. 2001. Elafitsko otočje-fizičko-geografska obilježja u funkciji društveno-gospodarskog razvitka. *Geoadria* 6 (1): 31-55.
100. Magaš, Damir. 2008. Geografske posebnosti razvitka malih hrvatskih otoka. *Otok Rava. Zadar: Sveučilište u Zadru, Razred za prirodne znanosti HAZU, Matica hrvatska–Zadar, Hrvatsko geografsko društvo–Zadar* 19-42.
101. Magnus, Georg. 2009. *The Age of Ageing: How demographics are changing the global economy and our world*. Singapur: John Wiley & Sons.
102. Marinković, Veni. 2018. Hrvatski otoci-uid u prometno-geografske značajke dostupnosti. *Geoadria* 23 (2): 177-205.
103. Mason, Greg. 2013. Retirement Plans and Ideas - How to Plan for Retirement and Enjoy the BEST Years of Your Life! TKM Mason Group on Smashwords. Dostupno na: <https://www.scribd.com/read/194911087/Retirement-Plans-and-Ideas-How-to-Plan-for-Retirement-and-Enjoy-the-BEST-Years-of-Your-Life> (10. svibanj 2018).
104. McLean, Daniel i Amy Hurd. 2011. *Kraus' recreation and leisure in modern society*. Jones & Bartlett Publishers. Dostupno na: https://books.google.hr/books?hl=en&lr=&id=ivR4S1mLp50C&oi=fnd&pg=PP2&ots=nnxv4JkrnL&sig=S31dUEKk9B1X5XyVkKyf9kJn90s&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false (12. svibanj 2019).

105. Mejía, Shannon T, Lindsay H. Ryan, Richard Gonzalez i Jacqui Smith. 2017. Successful Aging as the Intersection of Individual Resources, Age, Environment, and Experiences of Well-being in Daily Activities. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 72 (2): 279-289.
106. Melchiorre, Maria Gabriella, Carlos Chiatti, Giovanni Lamura, Francisco Torres-Gonzales, Mindaugas Stankunas, Jutta Lindert, Elisabeth Ioannidi-Kapolou, Henrique Barros, Gloria Macassa i Joaquim F. J. Soares. 2013. Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. *PLoS One* 8(1): e54856. 30. siječanj.
Dostupno na: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054856> (2. kolovoz 2019).
107. Miljenović, Ana. 2010. Značaj seksualnih tema u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada* 17 (1): 27-48.
108. Minhat, Halimatus Sakdiah, Mohd Amin Rahmah i Shamsuddin Khadijah. 2013. Continuity Theory of Ageing and Leisure Participation among Elderly Attending Selected Health Clinics in Selangor. *International Medical Journal Malaysia* 12 (2): 51-58.
109. Ministarstvo poljoprivrede, ribarstva i ruralnog razvoja. 2008. *Strategija ruralnog razvoja Republike Hrvatske za razdoblje 2008. – 2013. godine*. Dostupno na: http://www.mps.hr/UserDocsImages/strategije/STRATEGIJA_RR_19-05-081.doc (15. travanj 2018).
110. Ministarstvo razvitka i obnove. 1997. *Nacionalni program razvitka otoka*. Dostupno na: http://www.europskifondovi.eu/sites/default/files/dokumenti/Nacionalni_program_razvitka_otoka.pdf (20. svibanj 2019).
111. Ministarstvo regionalnog razvoja i fondova europske unije. 2017. *Izvjешće o učincima provedbe zakona o otocima u 2014. i 2015. godini*. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2017/07%20srpanj/48%20sjednica%20Vlade%20Republike%20Hrvatske//48%20-%209.pdf> (30. srpanj 2019).
112. Ministarstvo regionalnog razvoja i fondova europske unije. 2018. *Izvjешće o učincima provedbe zakona o otocima u 2017. godini*. Dostupno na: https://www.sabor.hr/sites/default/files/uploads/sabor/2019-0118/081539/IZVJESCE_UCINCI_OTOCI_2017.pdf (30. srpanj 2019).
113. Ministarstvo socijalne politike i mladih. 2014. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. - 2016*. Dostupno na:

- http://www.mspm.hr/djelokrug_aktivnosti/odrasle_osobe/starije_i_nemocneosobe (18. siječanj 2018).
114. Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku. 2017. *Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020.* Dostupno na:
<https://mdomsp.gov.hr/UserDocsImages//Vijesti2017//Strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%20osobe%20u%20RH%20za%20razdoblje%20od%202017.-2020.%20g.pdf> (15. kolovoz 2019).
115. National Institute on Aging and National Institutes of Health. 2007. *Growing Older in America*. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services. Dostupno na:
<https://www.nia.nih.gov/health/publication/growing-older-america-health-and-retirement-study/preface> (15. kolovoz 2019).
116. Nejašmić, Ivo i Aleksandar Toskić. 2013. Starenje stanovništva u Hrvatskoj – sadašnje stanje i perspektive. *Hrvatski geografski glasnik* 75 (1): 89 –110.
117. Nejašmić, Ivo. 2013. Demografsko starenje na hrvatskim otocima. *Migracijske i etničke teme* 29 (2): 141–168.
118. Nejašmić, Ivo i Aleksandar Toskić. 2016. Ostarjelost stanovništva seoskih naselja Republike Hrvatske. *Migracijske i etničke teme* 32 (2): 191-219.
119. Nimrod, Galit and Amit Shrira. 2016. The paradox of leisure in later life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 71(1): 106-111.
120. Nordbakke, Susanne i Tim Schwanen. 2014. Well-being and Mobility: Atheoretical Framework and Literature Review Focusing on Older People. *Mobilities* 9 (1): 104-129.
121. Oliver, Caroline. 2012. *Retirement Migration: Paradoxes of Ageing*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
122. Ovsenik, Rok i Damijana Vidić. 2013. Odnos starijih osoba prema slobodnom vremenu. *Media, culture and public relations* 4: 55-60.
123. Palgi, Yuval, Amit Shrira, Menachem Ben-Ezra, Sara Cohen-Fridel i Ehud Bodner. 2011. The relationships between daily optimism, daily pessimism, and affect differ in young and old age. *Personality and Individual Differences* 50 (8): 1294-1299.
124. Pan, Haimin. 2018. Social capital and life satisfaction across older rural Chinese groups: Does age matter?. *Social work* 63 (1): 75-84.
125. Panagiotakos, Demosthenes B., Christina Chrysohoou, Gerasimos Siasos, Konstantinos Zisimos, John Skoumas, Christos Pitsavos i Christodoulos Stefanadis. 2011. Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (> 80 years) living in Ikaria

- island: the ikaria study. *Cardiology Research and Practice* 2011. Dostupno na: <https://doi.org/10.4061/2011/679187> (21. listopad 2019).
126. Pandya, Samta P. 2016. What do highly qualified professionally achieving women do after retirement in India? Exploring time use, leisure, and volunteering. *Journal of women & aging* 28 (5): 431-443.
127. Park, Nan Sook. 2009. The Relationship of Social Engagement to Psychological Well-Being of Older Adults in Assisted Living Facilities. *Journal of Applied Gerontology* 28 (4): 461-481.
128. Pavlović, Mladen, Anita Lauri Korajlija, Diana Šimić, Jasminka Bobić i Naima Čorović. 2010. Percepcija zdravlja u pokretnih starijih osoba (segment studije o kroničnim bolestima u Hrvatskoj). *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 19 (6 (110)): 1079-1092.
129. Pečjak, Vid. 2001. *Psihologija treće životne dobi*. Zagreb: Prosvjeta.
130. Penezić, Zvezdan. 2002. Skala optimizma-pesimizma (O-P skala), U: K. Lacković Grgin, A. Proroković, V. Čubela, Z. Penezić (Ur.) Zbirka psihologijskih skala i upitnika, Zadar: Filozofski fakultet 15-17.
131. Pjevač, Nada, Tomislav Benjak i Neda Pjevač. 2019. Povezanost tjelesne aktivnosti i kvalitete života starijih osoba. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* 5 (2): 163-169.
132. Komšo Tatjana i Irena Burić. 2016. Dienerove skale subjektivne dobrobiti: Skala zadovoljstva životom, Skala prosperiteta i Skala pozitivnih i negativnih iskustava. U: Tucak Junaković, Ivana, Irena Burić, Vera Čubela Adorić, Ana Proroković and Ana Slišković (Ur.) Zbirka psihologijskih skala i upitnika – Svezak 8. Zadar: Sveučilište u Zadru 7-15.
133. Pan, Xi, Jasleen K. Chahal i Rose Marie Ward. 2018. Quality of urban life among older adults in the world major metropolises: a cross-cultural comparative study. *Ageing & Society* 38 (1): 108-128.
134. Penezić, Zvezdan. 2006. Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi. *Društvena istraživanja* 15 (4-5): 643-669.
135. Penezić, Zvezdan, Katica Lackovic-Grgin i Andrijana Bačinić. 2007. Proces umirovljenja: pokušaj provjere Atchleyeva modela prilagodbe. *Med Jad* 36 (3-4): 63-71.
136. Petrak, Olivera, Jasminka Despot-Lučanin i Damir Lučanin. 2006. Kvaliteta starenja - neka obilježja starijeg stanovništva Istre i usporedba s drugim područjima Hrvatske. *Revija za socijalnu politiku* 13 (1): 37-51.

- 137.Pin, Stephanie i Dario Spini. 2016. Meeting the Needs of the Growing Very Old Population: Policy Implications for a Global Challenge. *Journal of Aging & Social Policy* 28 (3): 218–231.
- 138.Plavšić, Marlena. 2012a. *Usporedba bioloških i socijalnih čimbenika mentalnog zdravlja dviju generacija starijih osoba*. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- 139.Plavšić, Marlena. 2012b. Support to elderly people, prevention of violence against elderly, and improving of the quality of life and mental health. In *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. Božičević, Viktor; Brlas, Siniša; Gulin, Marina (ur.). Zavod za javno zdravstvo "Sveti Rok" Virovitičko-podravske županije.
- 140.Podgorelec, Sonja. 2008. *Ostarjeti na otoku*. Zagreb: Institut za migracije i narodnost.
- 141.Podgorelec, Sonja i Mario Bara. 2014. Žensko iskustvo migracija i starenja - pogled s otokâ. *Migracijske i etničke teme* 30 (3): 379–404.
- 142.Podgorelec, Sonja, Margareta Gregurović i Sanja Klempić Bogadi. 2015. Satisfaction with the quality of life on Croatian small islands: Zlarin, Kaprije and Žirje. *Island Studies Journal* 10 (1): 91.
- 143.Podgorelec, Sonja, Sanja Klempić Bogadi i Monika Šabijan. 2017. Slobodno vrijeme kao dimenzija kvalitete života stanovništva Općine Gornje Rijeke. *Geoadria* 22 (2): 193-221.
- 144.Ponce, María Soledad Herrera, Carmen Barros Lezaeta i María Beatriz Fernández Lorca. 2011. Predictors of quality of life in old age: A multivariate study in Chile. *Journal of Population Ageing* 4 (3): 121-139.
- 145.Puljiz, Vlado. 2016. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija socijalne politike* 23 (1): 81-98.
- 146.Rathnayake, Sarath i Sidiyah Siop. 2015. Quality of Life and Its Determinants among Older People Living in the Rural Community in Sri Lanka. *Indian Journal of Gerontology* 29 (2): 131–153.
- 147.Riemann, Fritz i Wolfgang Kleespies. 2009. *Umijeće starenja: sazrijevanje i prepuštanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- 148.Rizzuto, Debora, René JF Melis, Sara Angleman, Chengxuan Qiu i Alessandra Marengoni. 2017. Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 65 (5): 1056-1060.

149. Rotter, Julian B. 1966. Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied* 80 (1): 1-28.
150. Rowe, John W. i Robert L. Kahn. 1997. Successful aging. *The gerontologist* 37(4): 433-440.
151. Rusac, Silvija, Dorijan Vahtar, Ines Vrban, Jasminka Despot Lučanin, Sanja Radica i Vedrana Spajić-Varkaš. 2016. *Narativi o dostojanstvu u starijoj životnoj dobi*. Zagreb: Zaklada Zajednički put.
152. Ruthig, Joelle C., Bridget L. Hanson, L., Heather Pedersen, Alyssa Weber i Judith G. Chipperfield. 2011. Later life health optimism, pessimism and realism: Psychosocial contributors and health correlates. *Psychology & health* 26 (7): 835-853.
153. Samawi, Hani Michel. 2013. Daily walking and life expectancy of elderly people in the Iowa 65+ rural health study. *Frontiers in public health* 1:11. 18 April. Dostupno na: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2013.00011> (15. kolovoz 2019).
154. Schaie, Warner K i Sherry Lynn Willis. 2001. *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
155. Schmid, Wilhelm. 2014. *Gelassenheit - Was wir gewinnen wenn wir älter werden*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
156. Seangpraw, Katekaew, Nop T. Ratanasiripong i Paul Ratanasiripong. 2019. Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand. *Journal of Health Research* 33 (6): 450-459.
157. Şener, Arzu. 2011. Emotional support exchange and life satisfaction *International Journal of Humanities and Social Science* 1 (2): 79-88.
158. Sharpley, Christopher, Stuart Wark, Hussain, Rafat, Mark McEvoy i John Attia. 2015. The influence of social support on psychological distress in older persons: an examination of interaction processes in Australia. *Psychological reports* 117 (3): 883-896.
159. Simpson, Paul, Christine Brown Wilson, Laura JE Brown, Tommy Dickinson i Maria Horne. 2017. The challenges and opportunities in researching intimacy and sexuality in care homes accommodating older people: a feasibility study. *Journal of advanced nursing* 73 (1): 127-137.
160. Sindik, Joško i Tanja Rončević. 2014. *Methods of health education and health promotion*. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku.
161. Slavuj, Lana. 2012. Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria* 17: 73-92.

162. Stavljenić-Rukavina, Ana, Renato Mittermayer, Spomenka Tomek Roksandić i Jadranka Mustajbegović. 2012. *Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba*. Zagreb: Referentni centar Ministarstva zdravstva RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za gerontologiju.
163. Stenholm, Sari, Anna Pulakka, Anna Pulakka, Tuula Oksanen, Jaana I. Halonen, Ville Aalto, Mika Kivimäk i Jussi Vahtera. 2016. Changes in physical activity during transition to retirement: a cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 13: 1-8.
164. Stephens, Christine, Mary Breheny i Juliana Mansvelt. 2015. Healthy ageing from the perspective of older people: A capability approach to resilience. *Psychology & Health* 30 (6): 715-731.
165. Stewart, Trae. 2012. Undergraduate Honors Service-Learning & Effects on Locus of Control. *Journal of Service-Learning in Higher Education* 1: 70-86.
166. Swift, J. Hannah, Dominic Abrams, Ruth A. Lamont i Lisbeth Drury. 2017. The Risks of Ageism Model: How Ageism and Negative Attitudes toward Age Can Be a Barrier to Active Aging. *Social Issues and Policy Review* 11 (1): 195-231.
167. Szanton, Sarah L., Rachel K. Walker, Laken Roberts, Roland J. Thorpe Jr, Jennifer Wolff, Emily Agree, David L. Roth, Laura N. Gitlin i Christopher Seplaki. 2015. Older adults' favorite activities are resoundingly active: findings from the NHATS study. *Geriatric Nursing* 36 (2): 131-135.
168. Šabić, Amra. 2014. Izazovi demografskih promjena i primjer dobre prakse socijalnog rada sa starijim ljudima. *Revija za socijalnu politiku* 21 (2): 161-184.
169. Štambuk, Ana, Silvija Rusac i Ana Sučić. 2013. Spending leisure time in retirement. *Periodicum biologorum* 115 (4): 567-574.
170. Šterc, Stjepan i Filip Šterc. 2016. Demographic development of Dubrovnik-Neretva County. Dostupno na:
<http://www.zzpudnz.hr/LinkClick.aspx?fileticket=D2ZVcidXqJI%3D&tabid=610>
 (10. rujan 2019).
171. Taylor, Denise. 2014. Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate medical journal* 90 (1059): 26-32.
172. Theofilou, Paraskevi. 2013. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology* 9 (1).

173. Thomése, Fleur i Marjolein Broese van Groenou. 2006. Adaptive strategies after health decline in later life: increasing the person-environment fit by adjusting the social and physical environment. *European Journal of Ageing* 3 (4): 169-177.
174. Toepoel, Vera. 2013. Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people?. *Social indicators research* 113 (1): 355-372.
175. Tomečak, Marija, Ana Štambuk i Silvia Rusac. 2014. Promišljanje starenja i starost-predrasude, mitovi, novi pogledi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja* 50 (1): 36-53.
176. Tomini, Florian, Sonila M. Tomini i Wim Groot. 2016. Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC Geriatrics* 16 (1): 1-12.
177. Turistička zajednica grada Dubrovnika i Institut za razvoj i međunarodne odnose (IRMO). 2015. Analiza potencijala za održivi turistički razvoj u području Elafitskih otoka. Dostupno na: https://dura.hr/user_files/made/natasa/ANALIZA%20POTENCIJALA.pdf (11. kolovoz 2019).
178. Unsar, Serap, Ozgul Erol i Necdet Sut. 2016. Social support and quality of life among older adults. *International Journal of Caring Sciences* 9 (1): 249-257.
179. Valjan Vukić, Violeta. 2013. Slobodno vrijeme kao " prostor" razvijanja vrijednosti u učenika. *Magistra Iadertina* 8 (1): 59-73.
180. Vauclair, Christin-Melanie, Maria Luísa Lima, Dominic Abrams, Hannah J. Swift i Christopher Bratt. 2016. What do older people think that others think of them, and does it matter? The role of meta-perceptions and social norms in the prediction of perceived age discrimination. *Psychology and Aging* 31 (7): 699-710.
181. Vickers, Kim. 2007. Aging and the Media: Yesterday, Today and Tomorrow. *Californian Journal of Health Promotion* 5 (3): 100-105.
182. Vidulin-Orbanić, Sabina. 2008. Fenomen slobodnog vremena upostmodernom društvu. *Metodički obzori* 3 (2): 19-33.
183. Vlada Republike Hrvatske. *Program razvoja usluga za starije osobe u sustavu međugeneracijske solidarnosti od 2008. do 2011. godine*. NN 90/2007. Dostupno na: <http://zakon.poslovna.hr/public/program-razvoja-usluga-za-starije-osobe-u-sustavu-medugeneracijske-solidarnosti-od-2008.-do-2011.-godine/427300/zakoni.aspx> (29. siječanj 2018).

184. Vuletić, Gorka, Tomislav Benjak, Lovorka Brajković, Tihana Brkljačić, Melanie Davern, Rajna Golubić, Davor Ivanković, Nataša Jokić Begić, Ljiljana Kaliterna Lipovčan, Ivana Marčinko, Dragana Markanović, RoseAnne Misajon, Danijel Mišura, Jadranka Mustajbegović, Selena Nujić, Zvezdana Prizmić Larsen, Ines Sjerobabski Masnec, Daniela Šincek i Daria Vuger Kovačić. 2011. *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku.
185. Vuletić, Gorka i Marina Stapić. 2013. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija* 6 (1-2): 45-61.
186. Wahl, Hans-Werner, Susanne Iwarsson i Frank Oswald. 2012. Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist* 52 (3): 306-316.
187. Wahlbeck, Kristian, Fleur Braddick, Arruza Gabilondo, David McDaid, Gert Lang i Carol O'Sullivan. 2010. European Pact for Mental Health and Wellbeing. *Die Psychiatrie* 7 (02): 74-80.
188. Wallston, Kenneth A., Barbara Strudler Wallston i Robert DeVellis. 1978. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs* 6 (1): 160-170.
189. Walsh, Kieran, Eamon O'She i Thomas Scharf. 2012. *Social Exclusion and Ageing in Diverse Rural Communities: Findings of a cross-border study in Ireland and Northern Ireland*. Irish Centre for Social Gerontology. National University of Ireland Galway. Dostupno na: https://aran.library.nuigalway.ie/bitstream/handle/10379/3254/social_exclusion_and_rural_ageing.pdf?sequence=1 (20. travanj 2018).
190. Wang, Lan, Douglas T. Hall i Lea Waters. 2014. *Finding Meaning During the Retirement Process: Identity Development in Later Career Years*. Online Publication Date: Oct 2014. Dostupno na: DOI:10.1093/oxfordhb/9780199935291.013.25 (20. veljače 2018).
191. Warner, Lisa M., Ralf Schwarzer, Benjamin Schüz, Susanne Wurm i Clemens Tesch-Römer. 2012. Health-specific optimism mediates between objective and perceived physical functioning in older adults. *Journal of Behavioral Medicine* 35 (4): 400-406.
192. Wiles, Janine L., Annette Leibing, Nancy Guberman, Jeanne Reeve i Ruth ES Allen. 2012. The meaning of "aging in place" to older people. *The gerontologist* 52 (3): 357-366.

193. Wolff K. Julia, Ann Kristin Beyer, Susanne Wurm, Sonja Nowossadeck i Maja Wiest. 2018. Regional Impact of Population Aging on Changes in Individual Self-perceptions of Aging: Findings From the German Ageing Survey. *The Gerontologist* 58 (1): 47–56.
194. Wolinsky, Fredric D., Mark W. Vander Weg, René Martin, Frederick W. Unverzagt, Sherry L. Willis,, Michael Marsiske, George W. Rebok, John N. Morris, Karlene K. Ball i Sharon L. Tennstedt. 2009. Does cognitive training improve internal locus of control among older adults?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 65 (5): 591-598.
195. Wongsawat, Suchada. 2017. Predicting Factors for Quality of Life of Elderly in the Rural Areas. *International Journal of Arts and Sciences* 9 (4): 363-372.
196. World Health Organization. 2008. *Demystifying the myths of ageing*. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98277/E91885.pdf?ua=1 (17. veljača 2018).
197. World Health Organization. 2012. *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 (5. srpanj 2018).
198. World Health Organization. 2015a. *World report on ageing and health*. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (25. siječanj 2018).
199. World Health Organization. 2015b. *Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach*. Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170251/9789241549004_eng.pdf?sequence=1 (25. studeni 2018).
200. World Health Organization. 2016. *Creating age-friendly environments in Europe: A tool for local policy-makers and planners*. Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/333702/AFEE_tool.pdf?ua=1 (17. veljača 2018).
201. Wu, Menglia, Yang Yang., Dan Zhang, Xia. Zhao, Yaoyao Sun, Hui Xie, Jihui Jia, Yonggang Su i Yuqin Li. 2018. Association between social support and health-related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: the mediating role of resilience. *Quality of Life Research* 27 (3): 783-792.
202. Yeung, Jerf Wai Keung, Kwok-Lai Yuk Ching i Annie Chung. 2010. Correlates and prevalence of depression in Chinese residents of Nursing homes in Hong Kong and

- implications for services and intervention policies. *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work* 17 (3): 445-460.
203. Zahava, Gabriel i Ann Bowling. 2004. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society* 2: 675–691.
204. *Zakon o otocima*. Narodne novine 116/2018. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_12_116_2287.html (11. srpanj 2019).
205. *Zakon o socijalnoj skrbi, pročišćeni tekst zakona*. NN 157/13, 152/14, 99/15, 52/16, 16/17, 130/17, 98/19. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/222/Zakon-o-socijalnoj-skrbi> (15. rujan 2019).
206. Zoranić, Sanja. 2018. *Povezanost socijalne podrške i zadovoljstva životom starijih osoba u domovima za starije i nemoćne*. Magistrarski rad. Maribor: Alma Mater-Europea Evropski center, Maribor.
207. Zovko, Anita i Jelena Vukobratović. 2017. Percepcija starenja i društveno-medijska slika o starima. *Andragoške studije* (1): 111-124.
208. Žganec, Nino, Silvia 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: 171-188.
209. Žutinić, Đurđica, Damir Kovačić, Ivo Grgić i Jerko Markovina. 2010. Percepcija kvalitete življenja i namjere o odlasku iz ruralnih sredina. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 19 (1-2): 137-159.
210. Žutinić, Đurđica i Nataša Bokan. 2013. Implikacije demografskog starenja na ruralni razvoj: primjer Hrvatskog zagorja. *Agroekonomika i ruralna sociologija* 228.

PRILOZI

Prilog A: Popis institucija koje su sudjelovale u istraživanju

Dom zdravlja Dubrovnik, Dubrovnik, Ul. Dr. Ante Starčevića 1

Prilog B: Odluka Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik

ZAPISNIK

Sa sjednice Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik održane dana 30.05.2018 s početkom u 14:00 sati.

Sjednici su prisustvovali Domagoj Raguž dipl.iur, Ante Kačić dipl.iur, Ivanaka Maldini ing.med, Olaf John dr.dent.med, Ravnatelj: Branko Bazdan dipl. iur.
Goldi Nodilo dipl. psiholog

Dnevni red:


Zamolba Sveučilišta u Dubrovnik za provedbu istraživanja za potrebe izrade Doktorske disertacije na Sveučilištu Alma Mater Europea iz Maribora pod nazivom „Kvaliteta života starijih osoba u ruralnim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije“ Sanje Zoranić dipl.med.tech.

S obzirom da sjednici je prisustvovao dovoljan broj članova izvršilo se glasovanje te su svi članovi etičkog povjerenstva suglasni da se odobri Zamolba Sveučilišta u Dubrovnik za provedbu istraživanja za potrebe izrade Doktorske disertacije Sanje Zoranić na Sveučilištu Alma Mater Europea iz Maribora

Sjednica je završila u 15:00 sati.

Zapisničar:
Anita Kmetović

Predsjednik Etičkog povjerenstva
Domagoj Raguž dipl.iur



Dubrovnik, 30.05.2018.g.
Broj: 01-147/2-18

Prilog C: Informativni pristanak za istraživanje

OBAVIJEST ZA ISPITANIKE O ISTRAŽIVANJU

Poštovani/poštovana,

Molim Vas za sudjelovanje u istraživanju za potrebe izrade Doktorske disertacije na Sveučilištu Alma Mater Europea iz Maribora pod nazivom „Kvaliteta života starijih osoba u ruralnim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije“. Ovo istraživanje provodi Sanja Zoranić, zaposlenica Sveučilišta u Dubrovniku.

Molim Vas da pažljivo pročitate i proučite ovu obavijest i u slučaju bilo kakvih nejasnoća postavite bilo koje pitanje.

OPIS KLJUČNOG PROBLEMA I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Potrebe starijih ljudi razlikuju se od jedne lokalne zajednice do druge, a te razlike temelj su posebnosti u pristupu starijim ljudima u pojedinim lokalnim zajednicama. Cilj istraživanja je utvrditi postoje li razlike u pokazateljima kvalitete života starijih osoba u ruralnim (Dubrovačko primorje) i otočnim sredinama (Elafiti) Dubrovačko-neretvanske županije kao i utvrditi razinu njihovog zadovoljstva životom, postojanje socijalne podrške, tjelesne aktivnosti kao i načinima provođenja slobodnog vremena u odnosu na mjesto življenja – otok/kopno. Isto tako utvrditi razinu dostupnosti resursa, uključenosti različitih pružatelja usluga, geografske pokrivenosti usluga i korisnika ovih područja. Planirano istraživanje se temelji na strukturiranom intervjuu i upitnicima osnovanim na samoprocjeni. Anketiranje i ispunjavanje upitnika će se provesti uz pomoć patronažnih sestara, koje pokrivaju određena područja (Elafitski otoci-Dubrovačko primorje). Sudjelovanje u istraživanju je dobrovoljno, sukladno svim pravilima Etičkog kodeksa, uz potpisivanje obrazaca informiranog pristanka. Ovo istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Dubrovnik, nakon analize dostavljenog prijedloga istraživanja i prateće dokumentacije.

Istraživanje će odgovoriti na potrebe starijih osoba u ruralnim kopnenim i otočnim sredinama, razvijenost mreže socijalnih usluga na području županije, te dostupnosti socijalnih usluga po istraživanim područjima županije, na osnovu čega je moguće u budućnosti planirati razvoj i širenje socijalnih usluga na temelju potreba stanovništva. Doprinos ovog istraživanja s praktične strane može se očitovati u konkretnom planiranju dugoročne javnozdravstvene i socijalne politike, u cilju očuvanja zdravlja i podizanja kvalitete života starijih osoba, s obzirom na razinu uključenosti različitih pružatelja usluga (javnih, privatnih, udruga), te geografske pokrivenosti korisnika uslugama u ruralnim odnosno otočnim sredinama (uslugama prijevoza, tj. povezanosti s većim središtima, pokrivenost javnim i zdravstvenim službama)

Hvala Vam što ste pročitali ovaj dokument i razmislili mogućnost Vašeg sudjelovanja u ovom znanstvenom istraživanju

Za dodatne obavijesti i pitanja slobodno se obratite voditeljici istraživanja.

Ime i prezime voditeljice istraživanja: Sanja Zoranić

Adresa: Put od Siga 1, Mali Ston, 20230 Ston

Broj mob. telefona: 091 603 7882

E mail adresa: sanja.zoranic@yahoo.com

SUGLASNOST ZA SUDJELOVANJE ODRASLOG ISPITANIKA U ISTRAŽIVANJU

1. Pročitao/la sam ovaj obrazac u svezi sudjelovanja u istraživanju „Kvaliteta života starijih osoba u ruralnim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije“, koje provodi Sanja Zoranić.
2. Svrha i cilj ovog istraživanja su mi objašnjeni, te sam imao/la mogućnost postavljanja pitanja vezanih uz ovo istraživanje.
3. Razumijem da je sudjelovanje dobrovoljno.
4. Razumijem da će podaci dobiveni ovim istraživanjem, biti dostupni voditelju istraživanja radi mogućnosti analize podataka koji su važni za procjenu rezultata istraživanja.

Ovim izjavljujem kako sam u potpunosti upoznat/a s detaljima istraživanja. Bez prisile sudjelujem u ovom istraživanju.

Potvrđujem pristanak za sudjelovanje u navedenom znanstvenom istraživanju

ISPITANIK (Ime i prezime)-----

POTPIS:-----

DATUM:-----

ISTRAŽIVAČ: Sanja Zoranić

Prilog D: 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 SANJA IZORANIC. 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) 1.10.2018.

The approved study for this User Agreement is:

Study Title	ALMA MATER EUROPAEA MARIBOR, DOCTORAL STUDY
Principal Investigator	SOCIAL GERONTOLOGY SANJA IZORANIC
Sample characteristics	150 - RURAL AREA 150 - ISLAND
Sample size	300
Treatment Intervention	DATA COLLECTION
Total number of assessments	300
Assessment time points	10-12 MONTHS
"WHOQOL-100" or WHOQOL-BREF version - Please specify language version(s) you would like to receive.	CROATIAN LANGUAGE
Other measures	

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 WHOQOL100 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:

[Handwritten signature]

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

Date:

USER:

By: SANJA ISLANIC
Title: DIPLOM. MED. TECHNI - LECTURER
Institution: UNIVERSITY OF DUBROVNIK
Address: B. RANJEVA DUBROVNIKA 41
20000 DUBROVNIK
CROATIA
Date: 2.3.2018

[Handwritten signature: S. Islanic]

Prilog E: Anketni upitnici

ANKETNI UPITNIK

Poštovani,

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja. Rezultati će se koristiti isključivo u znanstvene svrhe

Dob:-----(godine)

Spol: M Z (zaokružiti)

Stručna sprema: NSS SSS VSS VSS mr/dr (zaokružiti) Zanimanje-----

WHOQOL_BREF

U sljedećim pitanjima molimo zaokružite jednu od ponuđenih mogućnosti

Ako nešto nije u redu s Vašim zdravljem, navedite Vaš zdravstveni problem.

Molim Vas, pročitajte svako pitanje, procijenite svoje osjećaje, te na skali za svako pitanje zaokružite broj koji Vam najbolje odgovara.

1 (G1)	Vrlo lošom	Prilično nezadovoljan	Ni dobrom, ni lošom	Prilično dobrom	Vrlo dobrom
Kako biste procijenili kvalitetu Vašeg zdravlja?	1	2	3	4	5

2 (G4)	Vrlo nezadovoljan	Prilično loše	Ni zadovoljan, ni nezadovoljan	Prilično zadovoljan	Vrlo zadovoljan
Kako ste zadovoljni svojim zdravljem?	1	2	3	4	5

Sljedeća pitanja odnose se na to KOLIKO ste doživljavali određene stvari u protekla dva tjedna.

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
3 (F1.4)	Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?	1	2	3	4	5
4 (F1.1.31)	Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?	1	2	3	4	5

5 (F4.1)	Koliko uživate u životu?	1	2	3	4	5
6 (F22.1)	Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Koliko se dobro možete koncentrirati?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Koliko je zdrav Vaš okoliš?	1	2	3	4	5

Sljedeća se pitanja odnose na to KOLIKO STE POTPUNO doživljavali ili bili sposobni obavljati neke stvari u protekla dva tjedna

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
10 (F2.1)	Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba ?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Koliko su vam dostupne informacije koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Imate li prilike za rekreaciju?	1	2	3	4	5
15 (F9.1)	Koliko se moiete kretati uokolo?	1	2	3	4	5

Sljedeća se pitanja odnose na to koliko ste bili ZADOVOLJNI različitim djelovima Vašeg života u protekla dva tjedna dva tjedna.

		Uopće ne	Pomalo	Umjereno	U znatnoj mjeri	U najvećoj mjeri
16 (F3.3)	Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Koliko ste zadovoljni sobom?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osoba osobama ?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?	1	2	3	4	5

22 (F14.4)	Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?	1	2	3	4	5

Slijedeće pitanje se odnosi na to KOLIKO STE ČESTO osjećali ili doživljavali neke stvari u protekla dva tjedna.

26 (F8.1)	Nikad	Ponekad	Uobičajeno	Prilično često	Uvijek
Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?	1	2	3	4	5

Slijedeće pitanje se odnosi na Vašu dužinu pješaćenja.

27 (F9.1)	4	3	2	1	0
Koliko propješaćite dnevno (hodanje po terenu)	Više od 1000 m	100-1000 m	10-100 m	Manje od 10 m	0 m

Slijedeće pitanje se odnosi na Vašu dužinu pješaćenja odjedanput.

28 (F9.2)	4	3	2	1
Koliko dugo propješaćite odjedanput?	Preko 2000	300-2000	30-300 m	Manje 30 m

Slijedeće pitanje se odnosi na Vašu brzinu hodanja.

29 (F9.3)	4	3	2	1	0
Kolika Vam je brzina pješaćenja ?	Normalna brzina	Osrednja brzina	Sporo kretanje	Izrazito sporo	Sa zastajkivanjem

Za sljedeća dva pitanja zaokružite jedan odgovor za svaku mogućnost.

30(F9.4)	31(F9.5)				
Tjelesni simptomi	Da	Ne	Mentalno stanje	Da	Ne

Kratak dah	1	0	Društveni kontakt	1	0
Edem noge	1	0	Mentalni kapacitet	1	0
Široke vratne vene	1	0	Pamćenje	1	0
Škripanje pluća	1	0	Čitanje	1	0
Kašalj	1	0	Gledanje TV	1	0
Mučnina	1	0	Kućni poslovi	1	0
Povećanje jetre	1	0	Zadaci na otvorenom prostoru	1	0
Bol u trbuhu	1	0			
Nesanica	1	0			
Bolne nepovoljne reakcije na lijekove	1	0			

SKALA ZADOVOLJSTVA ŽIVOTOM

Dolje su navedene tvrdnje s kojima se možete slagati ili ne slagati. Koristeći procjene brojkama od 1 do 7 pokažite svoje slaganje sa svakim tvrdnjom, upisivanjem odgovarajućeg broja ispred pojedine tvrdnje:

1-Uopće se ne slažem, 2-Ne slažem se, 3-Donekle se slažem, 4- niti se slažem, niti se ne slažem, 5-Donekle se slažem, 6-Slažem se, /-Izrazito se slažem

1. Na više načina sam u svom životu došao blizu mog „idealnog života“. 1 2 3 4 5 6 7
2. Uvjeti u kojima živim su odlični. 1 2 3 4 5 6 7
3. Ja sam zadovoljan/na. 1 2 3 4 5 6 7
4. Do sada sam postigao/la najvažnije stvari koje želim u životu. 1 2 3 4 5 6 7
5. Kada bih mogao/la život proživljavati ponovno, ništa ne bih mijenjao/la. 1 2 3 4 5 6 7

MULTIDIMENZIONALNI UPITNIK ZDRAVSTVENOG LOKUSA KONTROLE

Navedeno je osamnaest tvrdnji koje se odnose na Vaša vjerovanja o **vlastitom zdravstvenom stanju** s kojima se možete i ne morate složiti. Pored svake tvrdnje nalazi se skala koja varira od *uopće se ne slažem* (1), do *potpunosti se slažem* (6).

Vaš je zadatak da uz svaku tvrdnju zaokružite onaj broj koji najbolje označava u kolikoj se mjeri slažete s tom tvrdnjom. Što se više slažete s nekom tvrdnjom, to ćete zaokružiti veći broj. Mollimo Vas da se odlučite za odgovor na SVAKO PITANJE, te da u svakom pitanju zaokružite SAMOJEDAN odgovor.

1-Uopće se ne slažem, 2-Gotovo uopće se ne slažem, 3-Umjereno se ne slažem, 4- Umjereno se slažem, 5-Gotovo potpuno se slažem, 6-Potpuno se slažem

1. Ako se razbolim, o mojem vlastitom ponašanju će ovisi koliko ću brzo ozdraviti. 1 2 3 4 5 6
2. Bez obzira što poduzimam, ako se trebam razboljeti, razboljet ću se. 1 2 3 4 5 6
3. Redoviti kontakt s liječnikom najbolji je način da izbjegnem bolest. 1 2 3 4 5 6
4. Većina stvari koje utječu na moje zdravlje događaju se slučajno. 1 2 3 4 5 6

5. Kadgod se ne osjećam dobro, trebao/la bih se konzultirati s nekim zdravstvenim djelatnikom. 1 2 3 4 5 6
6. Sam/a upravljam svojim zdravljem. 1 2 3 4 5 6
7. To da li ću se razboljeti ili ostati zdrav/a mnogo ovisi o mojoj obitelji. 1 2 3 4 5 6
8. Ako se razbolim, ja sam za to kriv/a. 1 2 3 4 5 6
9. Koliko ću se brzo oporaviti od neke bolesti, jako ovisi o sreći. 1 2 3 4 5 6
10. Moje zdravlje ovisio zdravstvenim djelatnicima. 1 2 3 4 5 6
11. Moje dobro zdravlje zapravo je stvar sreće. 1 2 3 4 5 6
12. Ono što najviše utječe na moje zdravlje je sve ono što sam/a činim 1 2 3 4 5 6
13. Ako se dobro brinem o sebi, mogu izbjeći bolest. 1 2 3 4 5 6
14. Kada se uspješno oporavim od bolesti , to je obično zato jer su se drugi ljudi (primjerice; liječnici medicinske sestre, obitelj, prijatelji) dobro brinuli o meni. 1 2 3 4 5 6
15. Bez obzira sto činim, podložan/na sam raznim oboljenjima. 1 2 3 4 5 6
16. Ako je tako suđeno, ostati ću zdrav/a. 1 2 3 4 5 6
17. Ako poduzimam prave korake, mogu ostati zdrav/a. 1 2 3 4 5 6
18. U vezi moga zdravlja, smijem činiti samo ono što mi liječnik kaže da činim. 1 2 3 4 5 6

UPITNIK O NAČINU PROVOĐENJA SLOBODNOG VREMENA

Pred Vama je niz tvrdnji koje govore o čestini provođena slobodnog vremena na određene načine. Ovim istraživanjem želimo saznati što Vam je i u kojoj mjeri važno u odnosu na različita pitanja povezana s navedenom problematikom. Dobar je svaki odgovor koji izražava Vaše pravo mišljenje.

Molimo naznačite koliko često provodite slobodno vrijeme na navedene načine, na skali od 1 do 5, gdje je:

1- vrlo rijetko ili nikada, 2- rijetko, 3- osrednje često, 4- često, 5- izrazito često ili uvijek

Slobodno vrijeme najčešće trošim na:..

1. Sport i tjelovježbu 1 2 3 4 5
2. Rekreaciju vani (planinarenje, veslanje, kampiranje, itd.) 1 2 3 4 5
3. Čitanje 1 2 3 4 5
4. TV i kino 1 2 3 4 5
5. Vrijeme s obitelji i prijateljima 1 2 3 4 5
6. Umjetnost i obrt 1 2 3 4 5
7. Hobiji 1 2 3 4 5
8. Kartanje i društvene igrice 1 2 3 4 5
9. Vino, hrana, kuhanje 1 2 3 4 5
10. Staranje i slušanje glazbe 1 2 3 4 5
11. Vrtlarstvo 1 2 3 4 5
12. Putovanja 1 2 3 4 5

13. Računarstvo i igranje računalnih igara 1 2 3 4 5
14. Vjerske obveze 1 2 3 4 5
15. Ostalo 1 2 3 4 5

UPITNIK O VAŽNOSTI SLOBODNOG VREMENA

U sljedećim pitanjima naznačite koliko Vam važan način kako provodite slobodno vrijeme navedeno za određena područja života, na skali od „1“ (posve nevažno) do „5“ (najvažnije). Značenje procjena:

1 - posve nevažno 2 –od male važnosti 3 - srednje važno, 4 – vrlo važno; 5 – najvažnije

Način kako provodim slobodno vrijeme važan mi je za:

1. Jačanje obiteljskih odnosa 1 2 3 4 5
2. Tjelesno vježbanje i zdravlje 1 2 3 4 5
3. „Izoštavanje“ moga uma, intelektualna radoznalost 1 2 3 4 5
4. Imanje duhovnog života 1 2 3 4 5
5. Razvijanje vlastite kreativnosti 1 2 3 4 5
6. Pronalazak novih prijatelja i širenje vlastite socijalne mreže 1 2 3 4 5
7. Učenje o novim idejama 1 2 3 4 5
8. Podrška zaštiti okoliša i naporima zajednice 1 2 3 4 5
9. Biti uključen u zajednička nastojanja zajednice 1 2 3 4 5
10. Volontiranje u svojoj zajednici 1 2 3 4 5

SKALA OPTIMIZMA - PESIMIZMA

U ovom dijelu upitnika nalaze se tvrdnje koje se odnose na Vaše doživljavanje sebe. Uz svaku tvrdnju na skali zaokružite jedan broj.

Brojevi označuju sljedeće:

- 1 – uopće se ne odnosi na mene
- 2 - uglavnom se ne odnosi na mene
- 3 – niti se ne odnosi, niti odnosi na mene
- 4 – uglavnom se odnosi na mene
- 5 – u potpunosti se odnosi na mene

1. Ne treba postavljati visoke ciljeve jer se obično razočarate1 2 3 4 5
2. U nesigurnim vremenima obično očekujem najbolje.....1 2 3 4 5
3. Rijetko očekujem da će se dogoditi nešto dobro.....1 2 3 4 5
4. Ako nešto može krenuti po zlu, krenuti će.....1 2 3 4 5
5. Stvari uvijek gledam s vedrije strane.....1 2 3 4 5
6. Uvijek sam optimističan/a glede svoje budućnosti.....1 2 3 4 5
7. Nikada ne očekujem kako će se nešto odvijati meni u prilog.....1 2 3 4 5

8. Kada započnem nešto novo, očekujem uspjeh.....1 2 3 4 5
9. Stvari se nikada ne odvijaju kako želim.....1 2 3 4 5
10. Kada nešto odlučim, prilično sam siguran/na kako će se loše završiti.....1 2 3 4 5
11. Kada nešto odlučim napraviti, uvijek pronađem odgovarajući način.....1 2 3 4 5
12. Rijetko računam na to da će mi se dogoditi dobre stvari.....1 2 3 4 5
13. Bolje je očekivati neuspjeh: manje vas potrese kada se zaista dogodi.....1 2 3 4 5
14. Općenito gledajući, stvari uvijek ispadnu dobro.....1 2 3 4 5

IZJAVA O AVTORSTVU



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

07

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

Priimek in ime študenta	Zoranić Sanja
Vpisna številka	31143000
Študijski program	Doktorski študijski program tretje bolonjske stopnje SOCIALNA GERONTOLOGIJA
Naslov zaključnega dela:	Kvaliteta života starijih osoba u ruralnim i otočnim sredinama Dubrovačko-neretvanske županije Kvaliteta življenja starejših u ruralnem okolju in na otokih Dubrovniško-neretvanske županije
Naslov v angleščini:	Quality of life of the elderly in rural areas and island of Dubrovnik-neretva county
Mentor:	Prof. dr. sc. Mladen Havelka
Somentor:	
Mentor iz podjetja:	

S podpisom izjavljam da:

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

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

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

Datum in kraj:

Dubrovnik, 20.03.2020.

Podpis študent/ke:

Sanja Zoranić

IZJAVA LEKTORA



ALMA MATER
EUROPAEA
ECM

O6

POTRDILO O LEKTORIRANJU

Podpisani(a)

Nikolina Kuraica

po izobrazbi (strokovni oz. znanstveni naslov)

Magistra edukacije Hrvatskog jezika i magistra prim. lingvistike,

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

Sanje Zoranić

z naslovom:

**"KVALITETA ŽIVOTA STARIJH OSOBA U RURALNIM I OTOČNIM SREDINAMA
DUBROVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE"**

Kraj: 30. ožujka 2020.

Datum: 30. ožujka 2020.

Podpis: Nikolina