

## Sociodemografske odrednice kvalitete života osoba kasne odrasle dobi

### *Socio-demographic determinants of the quality of life of late adults*

Jasmina Tomašić Humer, Ana Babić Čikeš, Daniela Šincek\*

---

#### Sažetak

Osobe kasne životne dobi koje žive u okviru vlastitih kućanstava, skupina su koja svojim potrebama i udjelom u općoj populaciji zaslužuje veliku pažnju znanstvenika i stručnjaka. Cilj ovoga istraživanja je ispitati neke sociodemografske odrednice kvalitete života osoba kasne odrasle dobi koje žive na području Slavonije. U istraživanju je sudjelovalo N=692 osoba (62,5% žena) prosječne dobi 73,98 (SD=6,398) godina.

Ispitanici su odgovarali na pitanja o *sociodemografskim karakteristikama* i na *Upitnik kvalitete života (WHOQOL – BREF, 1998)* Svjetske zdravstvene organizacije. Upitnik mjeri četiri domene kvalitete života: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalne odnose i okruženje. Rezultati su pokazali zadovoljavajuću kvalitetu života osoba kasne odrasle dobi, pri čemu su se slične odrednice pokazale značajnima za različite domene kvalitete života. Iz rezultata je vidljivo kako muškarci (čak i kada je varijabla dob kontrolirana), mlađi ispitanici, ispitanici koji su u vezi/braku (za razliku od samaca i udovaca), ispitanici s višim stupnjem obrazovanja, materijalno neovisni, koji imaju stalne prihode mirovine, te ne boluju od kroničnih (fizičkih/psihičkih) bolesti, izvještavaju o višim razinama kvalitete života vezane uz tjelesno i psihičko zdravlje, te okruženje. Kvaliteti socijalnih odnosa, osim već navedenih varijabli, doprinosi i roditeljski status. Za razliku od mjesta stanovanja (grad/selo) koje se nije pokazalo značajnom odrednicom niti za jednu domenu kvalitete života, članstvo u udruzi ili KUD-u pozitivno doprinosi kvaliteti života.

**Ključne riječi:** kvaliteta života, kasna odrasla dob, sociodemografska obilježja, rodne razlike

---

#### Summary

Late adults who live in their own households are a group that merits a lot of attention from scientists and experts, due to their number in the general population and their needs. The aim of this research is to examine some socio-demographic determinants of the quality of life of people in late adulthood living in Slavonia. N= 692 people (62.5% women) with an average age of 73.98 (SD=6.398) years participated in this research.

Participants answered questions about socio-demographic characteristics and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL – BREF, 1998). In addition to the general quality of life and health, the questionnaire measures four domains of the quality of life: physical health, psychological health, social relationships and the environment. The results showed a satisfactory quality of life for late adults, with similar determinants being significant for different quality of life domains. It was found that men (even when the variable age is controlled), younger participants, participants who are in a relationship/marriage (in contrast to people who are single or widowed), participants with a higher degree of education, those who are financially independent, who have a permanent income from pensions and do not suffer from chronic (physical/mental) diseases, report higher levels of quality of life related to physical and mental health and the environment. Parental status also contributes to the quality of social relations, along with the previously mentioned variables. It is interesting that the place of residence (town/village)

---

\* **Filozofski fakultet Osijek, Odsjek za psihologiju** (doc.dr.sc. Jasmina Tomašić Humer; doc.dr.sc. Ana Babić Čikeš; izv.prof.dr.sc. Daniela Šincek)

Adresa za dopisivanje / *Corresponding adress:* doc.dr.sc. Jasmina Tomašić Humer, Filozofski fakultet Osijek, Odsjek za psihologiju, L.Jägera 9, 31000 Osijek E-mail: [jtomasic@ffos.hr](mailto:jtomasic@ffos.hr)

Primljeno/Received 2022-10-10; Ispravljeno/Revised 2022-02-27; Prihvaćeno/Accepted 2022-03-10

did not prove to be a significant determinant for any quality of life domain, but membership in associations or folklore societies was shown to positively contribute to the quality of life.

**Key words:** quality of life, late adulthood, sociodemographic characteristics, gender differences

*Med Jad 2023;53(1):5-14*

## Uvod

Cijeli svijet suočava se s procesom starenja stanovništva, pri čemu je navedeni proces najizraženiji u razvijenim europskim zemljama.<sup>1</sup> S obzirom na udio od čak 22,45% starijeg stanovništva u populaciji<sup>2</sup>, Hrvatska se svrstava među deset zemalja u svijetu s najstarijim stanovništvom<sup>3</sup>, a demografska predviđanja govore u prilog daljnjeg povećanja udjela osoba starije životne dobi u populaciji.<sup>4</sup> Jedan od uzroka starenja stanovništva je produljenje životnog vijeka, no sve je veća svijest o tome da je, uz produljenje života, važno da osoba što dulje živi aktivno, odnosno da uspješno stari. Aktivno starenje definira se kao „proces optimiziranja mogućnosti za zdravlje, sudjelovanje i sigurnost, kako bi se poboljšala kvaliteta života ljudi“<sup>5</sup>, pri čemu se naglašava da je, osim same duljine života, važna upravo i kvaliteta života.

Kvalitetu života možemo definirati kao „subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva“.<sup>6</sup> Svjetska zdravstvena organizacija kvalitetu života definira kao “pojedincu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom, te okolišnom kontekstu“.<sup>7</sup> Kvaliteta života je multidimenzionalan konstrukt koji sadrži različite domene, a jedan od najkorištenijih instrumenata za mjerenje kvalitete života u različitim dijelovima svijeta je onaj Svjetske zdravstvene organizacije.<sup>7</sup>

Istraživanja su pokazala kako normativni raspon subjektivnog doživljaja kvalitete života u svijetu iznosi 70±5% skalnog maksimuma.<sup>8</sup> U zapadnim zemljama prosječna kvaliteta života je nešto viša, te iznosi 75±2.5% skalnog maksimuma.<sup>9</sup> Prosječna dobivena vrijednost kvalitete života stanovnika Hrvatske<sup>10</sup> iznosila je 60,11±25,12% SM, a nešto više vrijednosti utvrđene su na uzorku stanovnika Zagreba<sup>11</sup> 69,13±20,11% SM. Nadalje, utvrđene su dobne razlike, pri čemu su starije osobe imale nižu kvalitetu života.<sup>11</sup>

Generalno, rezultati pokazuju kako pojedinci koji žive u razvijenijim i bogatijim društvima iskazuju višu kvalitetu života.<sup>12,13</sup> Nadalje, sociodemografska obilježja, prvenstveno dob, razina obrazovanja i život u, npr. Finskoj, u odnosu na život u, npr. Poljskoj,

najznačajnije su odrednice kvalitete života.<sup>14</sup> Stoga, s obzirom na porast broja starog stanovništva s jedne strane, te sve veće zanimanje istraživača u području aktivnog starenja s druge strane, postavlja se pitanje kakva je kvaliteta života osoba kasne odrasle dobi u Hrvatskoj? Nadalje, ni cijela Hrvatska nije homogena cjelina, pa je tako, npr. Istočna Hrvatska primjer osiromašene regije pogođene depopulacijom, te se često naglašava njezina različitost u odnosu na ostatak zemlje. Budući da istraživanja ukazuju na važnost ekonomske razvijenosti za kvalitetu života,<sup>12,13,14</sup> a demografske varijable pokazuju različit utjecaj na kvalitetu života u različitim kulturama, činilo se važnim ispitati kvalitetu života osoba treće životne dobi i njene odrednice upravo u navedenoj regiji. Na temelju navedenoga, cilj ovoga istraživanja bio je utvrditi sociodemografske odrednice (dob, spol, mjesto stanovanja, bračno stanje, roditeljski status, stupanj obrazovanja, samoprocjena materijalnog statusa, psihičko i tjelesno zdravlje) kvalitete života osoba kasne odrasle dobi na području Slavonije. Očekivali smo kako će mlađi ispitanici muškog spola koji su u braku, višeg socioekonomskog statusa, te žive u gradu, izvještavati o višim razinama kvalitete života.

## Ispitanici i metode

### *Ispitanici*

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 692 osobe treće životne dobi (starije od 65 godina). Odabran je kvotni uzorak, a prilikom formiranja uzorka vodilo se računa o tome da udjeli u uzorku ispitanika (s obzirom na dob, spol, mjesto stanovanja: selo-grad) odgovaraju udjelima u teritorijalnoj rasprostranjenosti ukupne populacije starije od 65 godina (popis stanovništva iz 2011. godine).

Prosječna dob ispitanika iznosila je  $M=73,98$  ( $SD=6,399$ ,  $min = 65$ ;  $max= 94$  godine). Udio žena u uzorku iznosio je 62,6% ( $N = 433$ ). Utvrđeno je kako ukupno 50,1% ispitanika živi na selu. S obzirom na stupanj obrazovanja, najviše ispitanika ima završenu srednju školu (38%), potom osnovnu školu (26,5%), dok najmanje ispitanika ima završenu višu školu i/ili dodatno obrazovanje (14,4%).

Većina ispitanika (94%) izjavila je kako ima djecu. Najčešće imaju dvoje djece (52,5%), a nešto

manji broj njih ima troje djece (18,8%). Više od troje djece ima oko 12 % ispitanika, a jedno dijete ima njih 15,5%.

S obzirom na broj osoba u kućanstvu, najzastupljenija su kućanstva s dvije osobe (40,4%). U kućanstvu s tri i više osoba živi oko 35% ispitanika, dok 25% ispitanika živi samo. Ispitanici koji žive u kućanstvima s dvije osobe, u 85% slučajeva žive sa svojim supružnicima.

Većina ispitanika živi u vlastitoj kući (81%) ili stanu (12%), a kod djece živi oko 4% ispitanika. U podstanarskom stanu, odnosno stanu koji je ustupljen na korištenje, živi ukupno oko 2% ispitanika.

Pri samoprocjeni materijalnih prilika, materijalno neovisnima se procjenjuje 53,3% ispitanika, dok onih ispitanika koji, uz materijalnu neovisnost, još i potpomažu svoju djecu, ukupno ima 23%. Materijalno djelomičnu ovisnost o djeci procjenjuje 17% ispitanika, dok je 8% ispitanika materijalno ovisno o nekom drugom. Ukupno 611 ispitanika, odnosno njih 89%, prima svoju mirovinu, a ostatak prima poljoprivrednu mirovinu, socijalnu pomoć ili ima neki drugi izvor prihoda. Samo 20,8% ispitanika pripadnici su različitih udruga, KUD-ova ili klubova.

### Metode

Istraživanje je provedeno u pet županija Istočne Hrvatske (Osječko-baranjska, Vukovarsko-srijemska, Brodsko-posavska, Požeško-slavonska i Virovitičko-podravska) tijekom 2018. godine. Financiralo ga je Ministarstvo za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku u sklopu projekta „65+ - pojavnost nasilja u starijoj dobi“. Suglasnost za provođenje istraživanja dobiveno je od Etičkog povjerenstva Filozofskog fakulteta u Osijeku.

Prikupljanje podataka odvijalo se individualno, u kućanstvima ispitanika. Provodili su ga anketari koji su prošli edukaciju o provedbi istraživanja, instrumentima i bilježenju rezultata, te o specifičnostima vođenja intervjua sa starijim osobama. Svi ispitanici upoznati su s osnovnim informacijama o istraživanju, te im je objašnjena svrha istraživanja, nakon čega je zatražen pristanak za sudjelovanje. Unutar pojedinog kućanstva ispitana je samo jedna osoba. Uključena su i samačka kućanstva. Istraživanje je u prosjeku trajalo oko 35 minuta.

Upitnikom sociodemografskih karakteristika ispitanici su dob, spol, stupanj obrazovanja, mjesto stanovanja, bračni status, roditeljski status, samoprocijenjene materijalne prilike, izvori prihoda, postojanje kroničnih bolesti, sudjelovanje u udrugama, KUD-ovima, te neke karakteristike kućanstva u kojem ispitanici žive.

Za mjerenje kvalitete života korišten je Upitnik

kvalitete života (eng. World Health Organization Quality of Life-Brief Version questionnaire)<sup>7</sup> Svjetske zdravstvene organizacije. Ispitanici procjenjuju kvalitetu života pomoću skale od pet stupnjeva (od 1 do 5) na ukupno 26 čestica. Prve dvije čestice odnose se na procjenu opće kvalitete života i zdravlja, te ne ulaze u račun ukupnog rezultata kvalitete života. Pomoću ostale 24 čestice zahvaćene su četiri domene kvalitete života: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi i okruženje. Skale su usmjerene pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Nakon transformacije bodova, rezultati za pojedinu domenu kreću se u rasponu od 0 do 100, čime je omogućena međusobna usporedba domena s različitim brojem čestica.<sup>15</sup> Kvaliteta života smatra se zadovoljavajućom ukoliko iznosi iznad 60 bodova, odnosno, ispitanici koji imaju vrijednosti veće od 60% skalnog maksimuma u pojedinoj domeni imaju dobru kvalitetu života u istoj domeni.<sup>16</sup> Cronbach alpha u ovom istraživanju iznosi 0,89.

Podaci su obrađeni u statističkom paketu za društvene znanosti (SPSS). Kako bi se provjerilo koje su značajne odrednice (npr. spol, dob, materijalne prilike, itd.) različitih domena kvalitete života, po potrebi su računati: t-testovi, ANOV-e, ANCOV-e i prikladni post-hoc testovi. Statistički značajnim rezultatom smatrale su se p-vrijednosti < 0,05.

### Rezultati

U Tablici 1 nalaze se deskriptivni podaci za četiri domene kvalitete života (tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, socijalni odnosi, okruženje) s obzirom na različite sociodemografske odrednice (dob, spol, mjesto stanovanja, bračno stanje, roditeljski status, stupanj obrazovanja, samoprocjena materijalnog statusa, psihičko i tjelesno zdravlje), te rezultati provedenih analiza.

Uvidom u tablicu vidljivo je kako ispitanici psihičko zdravlje, socijalne odnose i okruženje procjenjuju vrlo visoko, odnosno, iznad 69 bodova, što je u skladu s normativnim podacima za svjetsku populaciju koji iznose 70±5% skalnog maksimuma.<sup>8</sup> Ispitanici najnižim procjenjuju svoje tjelesno zdravlje (62 boda).

Muškarci, u odnosu na žene, izražavaju više razine tjelesnog i psihičkog zdravlja, te okruženja, ali ne i socijalnih odnosa.

S obzorom na raspon u dobi ispitanika (min=65, max=94), ispitanici su podijeljeni u četiri dobne kategorije (65-69 g., 70-74 g. 75-79 g. i 80+). U procjeni tjelesnog zdravlja utvrđena je razlika među svim grupama (osim između grupe 70-74 g. i 75-79 g).

Tablica 1. Deskriptivni podaci za četiri domene kvalitete života s obzirom na ispitivane odrednice na uzorku N=692 ispitanika  
 Table 1 *Descriptive data for four quality of life domains with respect to the examined determinants on a sample of N=692 participants*

	Tjelesno zdravlje/ <i>physical domain</i>				Psihičko zdravlje/ <i>psychological domain</i>				Socijalni odnosi/ <i>social domain</i>				Okruženje/ <i>environmental domain</i>			
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t/F</i>
Svi ispitanici/ <i>all participants</i>	691	62,76	20,963		691	69,00	17,354		691	70,23	17,517		692	69,46	17,472	
<b>Spol/Gender</b>																
Muški/ <i>male</i>	259	66,3	19,419	F(1,687)	258	71,59	16,171	F(1,687)	259	71,27	16,959		259	72,05	15,943	F(1,687)
Ženski/ <i>female</i>	430	60,74	21,495	= 11,59**	431	67,55	17,84	= 8,86**	430	69,74	17,736		431	67,94	18,207	= 9,03**
<b>Dob kategorijalna/age</b>																
65-69 g.	194	71,18	19,539	F(3,686)	195	73,51	16,513	F(3,686)	195	73,74	16,190	F(3,686)	195	72,42	16,453	F(3,686)
70-74 g.	193	65,23	19,844		=	192	69,01		17,026	=	193		70,23	17,846	=	
75-79 g.	165	60,63	19,685	31,72**	165	69,35	17,232	11,38**	165	70,33	18,05	6,34**	165	70,11	17,213	6,99**
80+ g.	138	50,47	19,171		=	138	62,54		16,819	=	137		65,32	17,105	=	
<b>Mjesto stanovanja/residence</b>																
Selo/ <i>village</i>	345	62,03	21,417		346	68,36	17,47		346	69,79	17,554		346	68,54	18,404	
Grad/ <i>town</i>	345	63,52	20,528		344	69,61	17,26		344	70,79	17,403		345	70,38	16,49	
<b>Bračni status/marital status</b>																
Samci/ <i>single</i>	48	61,16	21,986		48	66,46	17,74		48	64,06	21,806		48	65,69	20,421	
U vezi/braku/ <i>married</i>	365	67,32	19,486	F(2,678)	365	72,65	16,39	F(2,678)	366	74,28	15,60	F(2,678)	366	72,02	16,843	F(2,679)
Udovci/ <i>widowers</i>	268	56,53	20,856	= 22,16**	268	64,48	17,49	= 18,56**	267	65,62	17,777	= 23,45**	268	66,50	17,392	= 9,02**
<b>Stupanj obrazovanja/level of education</b>																
Nezavršena oš/ <i>unfinished primary school</i>	144	52,79	21,081		144	62,74	18,519		144	64,55	19,375		144	62,89	19,038	
Završena oš/ <i>primary school</i>	181	61,09	20,190	F(3,679)	181	67,92	16,025	F(3,679)	182	69,37	16,503	F(3,679)	182	67,29	16,728	F(3,679)
Završena srednja škola/ <i>Secondary school</i>	261	65,88	19,883		= 21,44**	261	70,42		16,503	= 12,95**	261		72,56	16,681	= 8,08**	
Završena viša škola/ fakultet/ <i>Faculty degree</i>	97	72,19	18,971		97	76,03	17,420		96	73,57	17,119		97	78,69	14,524	

	Tjelesno zdravlje/physical domain				Psihičko zdravlje/psychological domain				Socijalni odnosi/social domain				Okruženje/environmental domain			
	N	M	SD	t/F	N	M	SD	t/F	N	M	SD	t/F	N	M	SD	t/F
<b>Roditeljski status/ Parental status</b>																
Da/yes	648	63,09	20,902		648	69,26	17,141		648	70,79	17,225	F(1,689)=	649	69,78	17,334	
Ne/no	43	57,72	21,470		43	64,98	20,087		43	61,82	19,836	10,71**	43	64,77	19,044	
<b>Izvori prihoda/Income</b>																
Mirovina/penision	611	64,53	20,016	F(1,686)=	610	70,66	16,56	F(1,686)=	610	71,36	17,353	F(1,686)=	611	71,09	16,752	F(1,686)=
Ostalo/other	77	50,23	23,017	33,68**	78	57,19	18,179	44,72**	78	62,28	16,516	19,10**	78	57,71	18,135	43,30**
<b>Samoprocjena materijalnog stanja/Self-assessment of the material state</b>																
Materijalno neovisan i pomažem/ Materially Independent and assisting	155	67,73	20,319		155	71,83	18,618		154	71,59	18,293		155	74,60	16,698	
				F(2,688)=				F(2,688)=				F(2,688)=				F(2,688)=
Materijalno neovisan/ materially independent	368	65,38	18,869	29,8**	368	71,71	15,331	29,18**	368	72,81	16,267	18,33**	368	72,37	15,332	52,20**
Materijalno ovisan /materially dependent	168	52,44	22,524		168	60,45	17,629		169	63,36	17,712		169	58,43	17,925	
<b>Kronična fizička bolest/Chronic physical illness</b>																
Da/yes	375	53,99	20,036	F(1,688)=	375	65,55	18,275	F(1,688)=	374	68,92	17,849	F(1,688)=	375	66,15	17,935	F(1,688)=
Ne/no	315	73,13	16,899	179,89**	315	73,10	15,256	33,99**	316	71,74	17,029	4,48*	316	73,39	16,103	30,60**
<b>Kronična psihička bolest/Chronic mental illness</b>																
Da/yes	24	50,74	25,319	F(1,687)=	24	53,12	26,502	F(1,687)=	24	56,94	24,035	F(1,687)=	24	60,67	26,675	
Ne/no	665	63,16	20,687	8,21**	665	69,55	16,694	21,34**	665	70,69	17,087	14,53**	666	69,73	16,993	
<b>Članstvo u udruzi, KUD-u/Membership in the Association</b>																
Da/yes	144	69,40	18,408	F(1,688)=	144	73,92	17,320	F(1,688)=	144	72,83	19,021	F(1,688)=	144	74,83	16,236	F(1,688)=
Ne/no	546	60,97	21,251	18,93**	546	67,69	17,157	14,97**	546	69,51	17,050	4,10*	547	68,05	17,541	17,59**

Legenda: M – aritmetička sredina; SD – standardna devijacija; N – broj ispitanika; t/F– rezultati t-testa/F-omjera; \* -  $p < .05$ ; \*\* -  $p < .01$ ;  
 Legend: M – arithmetic mean; SD – standard deviation; N – number of participants; t/F– results of t-test/F-ratio; \* -  $p < .05$ ; \*\* -  $p < .01$ ;

Za psihičko zdravlje utvrđeno je kako najstariji ispitanici procjenjuju svoje psihičko zdravlje i do 10 bodova nižim nego mlađi ispitanici. U socijalnim odnosima, najstariji ispitanici (80+) razlikuju se samo od najmlađih ispitanika, pri čemu je kvaliteta socijalnih odnosa niža kod starijih ispitanika. U četvrtoj domeni (okruženje) ispitanici 80+ iskazuju najnižu kvalitetu života.

Nije utvrđena razlika u kvaliteti života niti u jednoj domeni, ovisno o tome žive li ispitanici u gradovima ili selima.

Što se tiče bračnog statusa, za tjelesno i psihičko zdravlje, te okruženje, utvrđeno je da osobe koje su u vezi/braku imaju bolju kvalitetu života od udovaca, dok je za socijalne odnose utvrđeno kako osobe u vezi/braku imaju izraženiju kvalitetu odnosa u odnosu na samce, te udovce.

Roditeljski status značajna je odrednica samo kvalitete socijalnih odnosa, odnosno, osobe koje imaju djecu, procjenjuju boljima svoje socijalne odnose.

S višom razinom obrazovanja raste i kvaliteta života u sve četiri domene. Ispitanici koji nisu završili školu u prosjeku izjavljuju čak 20 jedinica nižu kvalitetu tjelesnog zdravlja od ispitanika koji imaju završenu višu školu/fakultet, dok su razlike u psihičkom zdravlju i okruženju nešto manje (iznad 15 jedinica). Najmanje razlike vidljive su u socijalnim odnosima.

Mirovina je važna odrednica procijenjene kvalitete života, tako da osobe koje imaju svoje mirovine procjenjuju značajnije višima sve domene kvalitete života u odnosu na osobe koje imaju neke druge izvore prihoda (npr. poljoprivrednu mirovinu, rentu, itd.). Samoprocjena vlastitih materijalnih prilika pokazuje kako ispitanici koji su materijalno neovisni, kao i oni koji su materijalno neovisni i pri tome još pomažu svoje potomke, procjenjuju pozitivnije kvalitetu života u svim domenama.

Nadalje, kronične fizičke i psihičke bolesti doprinose manjoj kvaliteti života u sve četiri domene, a ispitanici koji u slobodno vrijeme sudjeluju u različitim aktivnostima udruga, KUD-ova i slično, u svim domenama kvalitete života iskazuju više rezultate.

### **Rasprava**

Kvaliteta života osoba kasne odrasle dobi na području istočne Hrvatske za različite domene je različita (u rasponu od 62,8 do 70,3), ali u okviru zadovoljavajućih normi SZO.<sup>7</sup> Najniži rezultat postignut je vezno uz tjelesno zdravlje, što je i očekivano, budući da ispitivanu populaciju karakterizira pojava različitih (kroničnih) fizičkih

bolesti. Nešto viši i međusobno slični rezultati dobiveni su za ostale domene, odnosno, psihičko zdravlje, socijalne odnose i okruženje, te možemo zaključiti da su ispitanici koji su zadovoljni jednom domenom, zadovoljni i ostalim domenama. Ranija istraživanja na hrvatskom uzorku<sup>11</sup> utvrdila su niže rezultate u svim domenama, a pretpostavljamo da je navedeno posljedica veće usmjerenosti društva na potrebe osoba kasne odrasle dobi koja se pojavila zadnjih desetak godina (npr. program „Zaželi“ koji se u Republici Hrvatskoj provodi od 2017.g.).

Kada govorimo o odrednicama tjelesnoga zdravlja, muškarci ga procjenjuju boljim nego žene. Iako neki raniji rezultati idu u prilog nepostojanju rodne razlike<sup>17,18,19</sup>, neki su rezultati sukladni našima.<sup>13,20,21</sup> Na primjer, rodne razlike nisu utvrđene u sjevernoj Europi<sup>22</sup>, no, u ostalim dijelovima Europe (zapadnoj, južnoj i istočnoj) dobiveni su rezultati u korist muškaraca.<sup>22</sup> Bolja kvaliteta života muškaraca povezana je s rjeđim izvještavanjem o postojanju kroničnih bolesti kod njih u odnosu na žene<sup>21,23</sup>, što je u skladu i s našim podacima, jer smo utvrdili da 58,5% žena pati od neke kronične bolesti, za razliku od 47,7% muškaraca. Bolje fizičko zdravlje muškaraca posljedica je veće socijalne podrške, u prvom redu dobivene od vlastitih supruga.<sup>24</sup> S time su povezane i rodne razlike u dostupnosti njegovatelja, pri čemu muškarci češće imaju njegovatelje.<sup>24</sup> U tom smjeru ide i nalaz kako ispitanici koji su u vezi/braku imaju kvalitetniju tjelesnu domenu u odnosu na samce/udovce.

Nadalje, rezultati pokazuju kako tjelesna kvaliteta života opada s dobi, pri čemu je najniža kod najstarije dobne skupine (80+). Budući da je proces starenja u pozitivnom odnosu s incidencijom različitih kroničnih bolesti<sup>25,26,27</sup>, utvrđeno je kako ispitanici koji ne boluju od kronične fizičke bolesti, kvalitetu života procjenjuju višom. Ovakvi rezultati su očekivani s obzirom na logičnu povezanost zdravlja i kvalitete života, pri čemu bolesni procjenjuju kvalitetu života značajno nižom<sup>13,28</sup> jer najznačajniji utjecaj na opću kvalitetu života ima upravo tjelesno zdravlje.<sup>29</sup>

S obzirom na sociodemografski status ispitanika, ispitanici s nezavršenom osnovnom školom svoju kvalitetu života u tjelesnoj domeni procjenjuju oko 20 jedinica niže nego ispitanici koji imaju završenu višu školu i/ili fakultet, što je u skladu s već postojećom literaturom<sup>28,30</sup>. Moguće je da više obrazovanje osobi daje više mogućnosti i dostupnih resursa, pa time i medicinskih tretmana koji su često potrebni u ovoj dobi.<sup>31</sup> S druge strane, fizička aktivnosti ljudi nižeg obrazovanja (tijekom radnog vijeka) često je veća, te može utjecati na zdravstveni status u kasnijoj dobi. Stoga bi za buduća istraživanja bilo važno ispitati

rizične i zaštitne čimbenike povezane s različitim zanimanjima. Primjerice i sedentarni način života tijekom radnog vijeka (osoba višeg stupnja obrazovanja) i pretjerani fizički napori i izloženost nepovoljnim radnim uvjetima (osoba nižeg stupnja obrazovanja) mogu nepovoljno djelovati na fizičko funkcioniranje u kasnoj dobi.

Nadalje, u skladu s nekim ranijim istraživanjima, potvrđeno je kako su viši materijalni dohoci povezani s višim razinama kvalitete života, odnosno oni s najnižim prihodima su najmanje zadovoljni.<sup>12</sup> Mogući razlog tome je to što ispitanici s vlastitom mirovinom imaju mogućnosti osigurati si pravovremeno adekvatnu zdravstvenu prevenciju ili intervenciju i tako spriječiti nepovoljnije posljedice.

Ističe se nalaz kako članovi KUD-ova/imaju bolje tjelesno zdravlje od ispitanika koji se ne bave takvim aktivnostima. Treba naglasiti da je ovo istraživanje korelacijske prirode, pa je moguće da zdraviji ispitanici odabiru sudjelovati u takvim aktivnostima, pri čemu ranija istraživanja potvrđuju kako dobra socijalna mreža doprinosi kvaliteti života.<sup>14</sup>

Kada govorimo o *psihikom zdravlju*, ispitanici ga procjenjuju kvalitetnijim od fizičkoga, ali podjednako kvalitetnim kao socijalne odnose i okruženje. S porastom životne dobi dolazi do opadanja psihičkog zdravlja (za oko 10 bodova). I dok neki autori navode da sa starenjem dolazi do smanjenog životnog zadovoljstva<sup>32,33</sup>, drugi naglašavaju kako dob ima pozitivan učinak na kvalitetu života kod ljudi koji imaju osobne resurse, te očuvano zdravlje.<sup>34</sup> Nadalje, značajne odrednice psihičkoga zdravlja su: rod, bračni status, stupanj obrazovanja, stabilni izvori prihoda, samoprocijenjeno materijalno stanje, kronična psihička i fizička bolest, članstvo u udruzi/KUD-u. Viša kvaliteta života kod muškaraca u skladu je s ranijim istraživanjima.<sup>20</sup> Autori to objašnjavaju nalazima da žene češće iskazuju depresivne simptome<sup>22,24</sup> i općenito su više sklone govoriti o svojim psihičkim stanjima, no kada se procjenjuju objektivni kriteriji, muškarci imaju više simptoma od žena<sup>35</sup>. Nadalje, s obzirom na patrijarhalnu sliku muškaraca u našem društvu, koji se doživljavaju kao „glava obitelji“ koja stoički podnosi probleme, moglo je doći do precjenjivanja vlastite kvalitete života muškaraca, odnosno, nepriznavanja postojanja tjeskobe, depresije, itd. Očekivano, osobe koje su u vezi/braku, svoje psihičko zdravlje procjenjuju boljim nego samci i udovci, što se može povezati uz socijalnu podršku od strane partnera. Ne iznenađuje ni podatak da ispitanici koji imaju neku kroničnu fizičku ili psihičku bolest svoje psihičko zdravlje procjenjuju nižim od zdravih osoba, budući da je uz svaku kroničnu bolest vezana briga i anksioznost.

Kao i za tjelesno zdravlje, ispitanici koji nemaju završenu osnovnu školu, svoje psihičko zdravlje procjenjuju čak 14 bodova nižom od ispitanika koji imaju završenu višu školu/fakultet, dok oni koji imaju mirovinu procjenjuju svoju psihičku domenu čak 13 bodova boljom. Također, oni ispitanici koji su materijalno neovisni pokazuju izraženiju kvalitetu života od materijalno ovisnih, što ukazuje na važnost materijalne sigurnosti za adekvatnu kvalitetu života.

Na našem uzorku utvrđeno je relativno visoko zadovoljstvo *socijalnim odnosima* i jedina je varijabla u kojoj nije utvrđena razlika između muškaraca i žena, odnosno i muškarci i žene zadovoljni su svojim odnosima s bliskim osobama i prijateljima. Nadalje, ovo je jedina varijabla u kojoj roditeljski status ima efekta, pri čemu oni koji imaju djecu, procjenjuju svoje socijalne odnose boljima. Tu treba napomenuti kako mali broj ispitanika (njih 43) nema djecu. Važnim odrednicama socijalnih odnosa pokazale su se i varijable: dob, bračni status, stupanj obrazovanja, mirovina, samoprocijenjeno materijalno stanje, kronična psihička bolest i članstvo u udruzi. Dakle, mlađi ispitanici, koji su u braku, višeg stupnja obrazovanja, sa stabilnom mirovinom, koji sudjeluju u udrugama, zadovoljniji su socijalnim odnosima. Vjerojatno jednaki mehanizmi djeluju na ulogu ovih činitelja za ovu, kao i ranije spomenute domene kvalitete života.

Četvrta domena, odnosno *okruženje*, procijenjena je također relativno visoko. Odrednice su jednake, kao i u slučaju domene tjelesnog i psihičkog zdravlja, odnosno, muški ispitanici, mlađe dobi, u vezi/braku, višeg stupnja obrazovanja, sa stabilnom mirovinom, materijalno neovisni, bez kronične fizičke i psihičke bolesti, članovi KUD-ova/udruga, postižu više rezultate u ovoj domeni. Iznenađujuće je da nismo dobili razlike među ispitanicima koji žive na selu i u gradu. Očekivali smo da će ispitanici sa sela, zbog lošije infrastrukture: nedostatak lokalnog prijevoza, udaljenost bolnica i ljekarni, imati niže rezultate na navedenoj domeni. Moguće je da ranije navedeni kvalitetni socijalni odnosi s članovima obitelji, susjedima i prijateljima, osiguravaju da se navedene objektivne prepreke savladaju (npr. odvoženjem u bolnicu, na dijagnostičke postupke, itd.).

Glavni nedostatak provedenog istraživanja je odabir kvotnog uzorka uz koji se vežu svi prigovori koji se i inače vežu uz navedeno uzorkovanje, dakle, neprobabilistička selekcija i samoselekcija ispitanika. Nadalje, iako bi se moglo prigovoriti i načinu prikupljanja podataka, odnosno samoiskazu, ovaj konstrukt, s obzirom na njegovu definiciju, odnosno osjećaj kvalitete života ispitanika primjereno je ispitati prvenstveno samoiskazom. Eventualno postoji mogućnost da su ispitanici, budući da je

istraživanje provođeno „licem u lice“ i na taj način nije bilo moguće osigurati anonimnost ispitanicima, bili skloni davati socijalno poželjne odgovore, odnosno, precjenjivati vlastitu kvalitetu života. Iako smo svjesni nedostataka ovakvog načina prikupljanja podataka, intervju licem u lice odabran je s obzirom na specifične karakteristike ispitivane populacije (potencijalna oštećenja vida, teškoće u čitanju), nefamilijarnost ispitanika s procesom sudjelovanja u istraživanju, itd. Preporuka za buduća istraživanja korištenje je kvalitativnih metoda, u prvom redu dubinskih intervju s osobama treće životne dobi, kako bi se dobio temeljitiji uvid u kvalitetu života osoba treće životne dobi, kao i važnost pojedinih domena kvalitete života za ukupno zadovoljstvo životom.

Ipak, s obzirom na općeniti nedostatak istraživanja na ispitanicima kasne odrasle dobi, osobito istraživanja koja uključuju terensko istraživanje s ispitanicima koji žive u svojim domaćinstvima, ovo istraživanje daje značajne uvide. Npr. neka istraživanja su uglavnom provedena s ispitanicima koji žive u urbanim sredinama<sup>14</sup>. Stoga, primjerice, pokazatelji o nepostojanju razlika između ispitanika koji žive na selu i onih koji žive u gradu, osim što su značajan pokazatelj da i jedna i druga sredina svojim resursima pružaju (vjerojatno različite, ali i komplementarne) pozitivne doprinose kvaliteti života, prilog su valjanosti ranijih istraživanja koja su provedena samo na urbanom stanovništvu, odnosno, podaci iz ovoga istraživanja daju određenu podršku valjanosti podataka prikupljenih na osobama kasne odrasle dobi koji žive u gradovima i za njihove vršnjake koji žive u selima.

Podaci iz ovog istraživanja važni su i u smislu planiranja podrške osobama kasne odrasle dobi. Očito je da starije osobe s nižim obrazovanjem, osobito one koje žive kao samci i nisu uključeni u udruženja, te imaju nedostatna primanja, trebaju biti prioriteta organizirane podrške. Određenu podršku takvoj organiziranoj podršci daju i rezultati ovoga istraživanja koje je provedeno godinu dana nakon početka programa namijenjenog upravo zapošljavanju žena i pružanju podrške osobama kasne odrasle dobi – naime, nešto veća kvaliteta života u ovom istraživanju u odnosu na neka istraživanja provedena desetak godina ranije, govori da društvo ipak prepoznaje potrebu pružanja podrške, a da osobe kasne životne dobi reagiraju na isto. Naravno, već spomenuti izazovi ovoga istraživanja (samoselekcija, eventualno socijalno poželjno odgovaranje) nalažu oprez pri takvom tumačenju (iako su ti činitelji vjerojatno djelovali i na ranija istraživanja).

Zaključno, možemo sumirati kako je u provedenom istraživanju utvrđena zadovoljavajuća

kvaliteta života osoba treće životne dobi u Istočnoj Hrvatskoj, pri čemu su najniži rezultati dobiveni za fizičko zdravlje. Slične značajne odrednice kvalitete života identificirane su za različite domene. Muškarci s očuvanim fizičkim/psihičkim zdravljem, mlađe dobi imaju bolju kvalitetu života. Nadalje, školovaniji ispitanici, koji su materijalno neovisni, primaju mirovinu, te sudjeluju u KUD-ovima, svoju kvalitetu života procjenjuju boljom u različitim domenama.

### Literatura

1. Živić D. Depopulacija i starenje u Istočnoj Hrvatskoj. Diacovensia: teološki prilozi 2018; 26:657-679.
2. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, Popis stanovništva 2021.
3. Dostupno na: <http://www.dzs.hr> Datum pristupa: 04. 10. 2022.
4. Jedvaj S, Štambuk A, Rusac S. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. Socijalne teme: časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti 2014;1:135-154.
5. Murgić J, Jukić T, Tomek-Roksandić S, Ljubčić M, Kusić Z. The ageing of Croatian population. CollAntropol 2009;33:701-705.
6. World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. World Health Organization. Dostupno na <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215> Datum pristupa: 18.9.2022.
7. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života“. Primijenjena psihologija 1989;10:179-184.
8. World Health Organization Quality of Life Group (1996). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: Programme on mental health. Dostupno na adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529> Datum pristupa: 20.9.2022.
9. Cummins RA. The Second Approximation to an International Standard for Life Satisfaction. Soc Indic Res 1998;43:307–334.
10. Cummins RA. Objective and Subjective Quality of Life: an Interactive Model. Soc Indic Res 2000;52:55–72.
11. Vuletić G. Generacijski i transgeneracijski čimbenici kvalitete života vezane za zdravlje studentske populacije [doktorski rad]. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2004;
12. Martinis T. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Zagreb: Filozofski fakultet Sveučilišta, Odsjek za psihologiju; 2005. Dostupno na: <http://darhiv.ffzg.hr/337/> Datum pristupa: 10. 6. 2021.
13. Böhnke P. First European quality of life survey: Life satisfaction, happiness and sense of belonging. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions,



- Office for Official Publications of the European Communities, 2005;
14. Lee KH, Xu H, Wu B. Gender differences in quality of life among community-dwelling older adults in low- and middle-income countries: results from the Study on global ageing and adult health (SAGE). *BMC Public Health* 2020;20:114.
  15. Raggi A, Corso B, Minicuci N, et al. Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One* 2016;11:e0159293.
  16. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
  17. Crnković I, Rukavina M. Sport i unapređenje kvalitete života kod osoba s invaliditetom. *Hrvat. rev. za rehabilit. istraz.* 2013;49:12-24.
  18. Ambrosi-Randić N, Plavšić M. Uspješno starenje. Pula: Društvo psihologa Istre, Istarska županija, Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, 2008;
  19. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi [doktorski rad]. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2010;102
  20. Tomás JM, Sancho P, Gutiérrez M, Galiana L. Predicting Life Satisfaction in the Oldest-Old: A Moderator Effects Study. *Soc Indic Res* 2014;117:601-613.
  21. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Firouzjahi A, et al. Prevalence of metabolic syndrome and the association with socio-demographic characteristics and physical activity in urban population of Iranian adults: A population-based study. *Diabetes Metab Syndr* 2014;8:170-6.
  22. Sood S, Bakhshi A. Quality of life: Gender differences in aged Kashmir immigrants in Jammu, India. *Arch Ment Health* 2014;15:187.
  23. Olsen CDH, Möller S, Ahrenfeldt LJ. Sex differences in quality of life and depressive symptoms among middle-aged and elderly Europeans: results from the SHARE survey. *Aging Ment Health* 2021;1-8.
  24. McDonough, P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med* 2001; 52: 547-559.
  25. Pham T, Nguyen NTT, ChieuTo S.B, et al. Sex Differences in Quality of Life and Health Services Utilization among Elderly People in Rural Vietnam. *Int J Environ Res Public Health* 2018;16:69.
  26. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *DiabetesResClinPract*2010;87:4-14.
  27. Wu S, Wang R, Jiang A, et al. Abdominal obesity and its association with health-related quality of life in adults: a population-based study in five Chinese cities. *Health Qual Life Outcomes* 2014;12:100.
  28. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Are Gender Differences in Health-related Quality of Life Attributable to Sociodemographic Characteristics and Chronic Disease Conditions in Elderly People?. *Int J Prev Med* 2017;8:95.
  29. Fahley T, Anderson R, Domanski H, et. al. Quality of life in Europe. Berlin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003;
  30. Dostupno na: Quality Europe EN (campus-virtual.org)
  31. Grujić V. Utjecaj pojedinih komponenti zdravlja na kvalitetu života starih [doktorski rad]. Medicinski fakultet u Novom Sadu, 2002;
  32. Družić Ljubotina O. Subjektivna kvaliteta života ljudi koji žive u siromaštvu i zaposlenih osoba različitog materijalnog statusa. *Ljetop. soc. rada* 2012;19:5-28.
  33. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Curr Dir Psychol Sci* 1995;4:99-104.
  34. Meléndez JC, Tomás JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: a structural model examination. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;48:291-295.
  35. Horley J, Lavery JJ. Subjective Well-Being and Age. *Soc Indic Res* 1995;34:275-282.
  36. Nagatomo I, Nomaguchi M, Matsumoto K. Sex difference in depression and quality of life in elderly people. *Jpn Psychiatry Neurol* 1994; 48: 511-515.
  37. Husaini BA, Moore ST, Cain VA. Psychiatric symptoms and help-seeking behaviour among the elderly: An analysis of racial and gender differences. *J Gerontol Soc Work* 1994;21:177-196.

