

"Koncept uspješnog starenja"

Šoletić, Ana-Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:971021>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

ANA-MARIJA ŠOLETIĆ

KONCEPT USPJEŠNOG STARENJA

ZAVRŠNI RAD

DUBROVNIK, 2023

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

KONCEPT USPJEŠNOG STARENJA

ZAVRŠNI RAD

KANDIDAT:

ANA-MARIJA ŠOLETIĆ

MENTOR:

doc. dr. sc. SANJA ZORANIĆ

DUBROVNIK, 2023

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc. dr. sc. Sanji Zoranić na stručnoj pomoći i savjetima tijekom pisanja ovog završnog rada.

Zahvaljujem se mojoj obitelji koja je bila strpljiva i pružala mi potporu za vrijeme mog školovanja.

IZJAVA

S punom odgovornošću izjavljujem da sam završni rad izradila samostalno, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentora.

Ime i prezime studentice: Ana-Marija Šoletić

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Biomedicinski aspekti starenja	2
1.2. Psihosocijalni aspekti starenja.....	6
1.3. Koncept uspješnog starenja.....	7
1.4. Promicanje zdravog starenja	9
2. CILJ ISTRAŽIVANJA	11
3. MATERIJALI I METODE	12
3.1. Uzorak ispitanika	12
3.2. Metode prikupljanja podataka	12
3.3. Statistička obrada podataka.....	13
4. REZULTATI	14
5. RASPRAVA	34
6. ZAKLJUČAK.....	39
7. LITERATURA	40
PRILOG	45
Anketni upitnik	46

SAŽETAK

Koncept uspješno starenja stavlja naglasak na očuvanje ili daljnje razvijanje potencijala i u starijoj dobi. Sugerira kako starost može biti razdoblje očuvanog zdravlja i vitalnosti u kojem starije osobe aktivno doprinose društvu (Achenbaum, 2001; Butler i Gleason 1985). Povijest istraživanja konstrukta uspješnog starenja obilježile su dvije paralelne tradicije: biomedicinska i psihosocijalna. Sukladno biomedicinskoj tradiciji uspješno starenje se definira kao tjelesno i mentalno zdravlje te izostanak bolesti (Rowe i Kahn, 1997). Psihosocijalni pristup (Baltes i Balter, 1990) naglašava pozitivna psihološka stanja i resurse te dobre socijalne odnose. U psihološka stanja i resurse ubrajaju se: zadovoljstvo životom, samopoštovanje, osjećaj kontrole, učinkovite strategije nošenja s gubicima, dok se dobri, tj. zadovoljavajući socijalni odnosi odnose na pozitivne socijalne interakcije i društvenu uključenost. Osim navedenih kriterija uspješnog starenja, što se obavezno mora uzeti u obzir prilikom procjene, a što se naziva: laički pristup uspješnom starenju, što u prethodna dva pravca nije uključeno.

Podatci koji se dobiju istraživanjima percepcije starijih osoba o uspješnom starenju, od velike su važnosti za planiranje javnih politika u pružanju usluge starijim osobama u više segmenata (socijalna skrb, zdravstvena zaštita, organizaciji aktivnog života...), uvažavajući individualne potrebe stariji osoba s obzirom na područja u kojima borave, a što bi povećalo zadovoljstvo životom i stvorilo temelje za uspješno starenje.

Cilj: Ispitati percepciju i uvjerenja starijih osoba o značajkama uspješnog starenja, tj. u kojoj mjeri ispitanici, vlastito starenje doživljavaju kao uspješno, te postoje li razlike u percepciji važnosti ispitanih obilježja uspješnog starenja.

Ispitanici: U istraživanje su uključeni ispitanici oba spola, stariji od 65 godina, na području Dubrovačko – Neretvanske županije.

Metode istraživanja i instrumenti: Za dobivanje potrebnih rezultata i podataka proveden je anketni upitnik koji se sastoji od dva dijela. U prvom dijelu ankete su obuhvaćene demografske karakteristike ispitanika, dok drugi dio ankete sadrži Skalu samoprocjene uspješnog starenja.

Rezultati rada: Ne postoji međusobna povezanost uspješnog starenja s dobi, mjestom i načinom življenja te bračnim statusom. Postoji statistički značajna razlika u percepciji uspješnog starenja prema spolu, stručnoj spremi i materijalnom statusu.

Ključne riječi: starije osobe, uspješno starenje, odrednice uspješnog starenja

SUMMARY

The concept of successful aging emphasizes the preservation or further development of potential even in old age. It suggests that old age can be a period of preserved health and vitality in which older people actively contribute to society (Achenbaum, 2001; Butler and Gleason 1985). The history of research into the construct of successful aging has been marked by two parallel traditions: biomedical and psychosocial. According to the biomedical tradition, successful aging is defined as physical and mental health and the absence of disease (Rowe and Kahn, 1997). The psychosocial approach (Baltes and Balter, 1990) emphasizes positive psychological states and resources and good social relationships. Psychological states and resources include: life satisfaction, self - esteem, sense of control, effective strategies for dealing with losses, while good, i.e. satisfactory social relations refer to positive social interactions and social inclusion. In addition to the mentioned criteria of successful aging, what must be taken into account during the assessment, which is called: the laic approach to successful aging, which is not included in the previous two directions.

The data obtained from research on the perception of the elderly about successful aging are of great importance for the planning of public policies in the provision of services to the elderly in several segments (social care, health care, organization of an active life...), respecting the individual needs of the elderly with regard to the areas where they live, which would increase life satisfaction and create the foundations for successful aging.

Objective: To examine the perception and beliefs of older people about the characteristics of successful aging, i.e. to what extent the respondents perceive their own aging as successful, and whether there are differences in the perception of the importance of the examined characteristics of successful aging.

Respondents: Respondents of both sexes, older than 65 years, in the area of Dubrovnik - Neretva County were included in the research.

Research methods and instruments: To obtain the necessary results and data, a questionnaire consisting of two parts was conducted.

Research methods and instruments: To obtain the necessary results and data, a questionnaire consisting of two parts was conducted. The first part of the survey covers the demographic characteristics of the respondents, while the second part of the survey contains the Self-Assessment Scale of Successful Aging.

Results of the work: There is no correlation between successful aging with age, place and way of living, and marital status. There is a statistically significant difference in the perception of successful aging according to gender, professional training and financial status.

Key words: older people, successful aging, determinants of successful aging

1. UVOD

Vođenje dugog i zdravog života cilj je koji se prihvaća diljem svijeta, a strah od smrti se dugo smatra glavnom ljudskom karakteristikom. Iz ove perspektive, povećanje životnog vijeka od 30 godina tijekom 20. stoljeća je transformacijski napredak. Ovo značajno povećanje dugovječnosti djelomično je posljedica napretka u medicini, javnozdravstvenih intervencija, biotehnologije te društvenog i ekonomskog razvoja koji je omogućio ljudima da žive dulje. Međutim, starenje je neizbježan životni proces. Ima utjecaj na fiziološke funkcije, a definira se kao nakupljanje oštećenja u molekulama, stanicama i tkivima tijekom života. Navedeno često smanjuje sposobnost organizma u održanju homeostaze u uvjetima stresa i donosi veći rizik za obolijevanje od brojnih bolesti poput karcinoma, kardiovaskularnih i neurodegenerativnih bolesti te preuranjene smrtnosti. Starim osobama se smatraju osobe starosti od 76 do 90 godina, dok se vrlo starim osobama smatraju osobe koje imaju više od 91 godine života (1). Starenje stanovništva je postalo trend u većini razvijenih država na globalnoj razini pa tako i u Republici Hrvatskoj koja spada među 10 najstarijih zemalja Europe s obzirom na 17,7% starog stanovništva (2). Sve veća skupina starijih osoba ne samo da pridonosi promjenama u društvenim strukturama, već zahtijeva i modifikaciju nacionalnih programa socijalne politike usmjerenih na zadovoljavanje različitih potreba starijih osoba.

Posljednjih godina pojam uspješnog starenja izazvao je brojne rasprave, a u različitim su studijama predstavljene različite definicije tog pojma (3). Ne postoji jedinstvena definicija "zdravog starenja" ili srodnog pojma "zdravstveni vijek", ali općenito se smatra odsustvom bolesti i funkcionalnih oštećenja povezanih sa starenjem. Prema klasičnom konceptu Rowea i Kahna, uspješno starenje definira se kao tjelesno, psihičko i socijalno funkcioniranje u starijoj dobi bez većih bolesti (4). Prema SZO (Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji), četiri su bitna zahtjeva za zdravo starenje: promjena u načinu na koji se razmišlja o starenju i starijim ljudima, stvaranje okruženja prilagođenih starenju, usklađivanje zdravstvenih sustava s potrebe starijih osoba, te razvoj sustava dugotrajne skrbi. Glavni fokus u konceptu uspješnog starenja je kako produžiti zdravlje i funkcionalnost. Fenomen uspješnog starenja može se promatrati iz populacijske ili individualne perspektive. Na populacijskoj razini definicija uključuje odrednice

zdravlja i sudjelovanja u svrhu promicanja politika, dok je na individualnoj razini definirana ishodima zdravlja, tjelesne i kognitivne funkcije te uključenosti u život. Budući da je uspješno starenje višedimenzionalni koncept koji obuhvaća domene tjelesnog, funkcionalnog, socijalnog i psihičkog zdravlja, sve ove dimenzije treba uzeti u obzir (3).

Povećanje očekivanog životnog vijeka uočeno na globalnoj razini tijekom posljednjih 50 godina bilo je popraćeno značajnim promjenama u uzroku mortaliteta. U manje razvijenim zemljama, ova dugovječnost je uglavnom rezultat znatno smanjene smrtnosti u mlađoj dobi. U zemljama s visokim dohotkom kontinuirano povećanje dugovječnosti sada je uglavnom posljedica povećanja očekivanog životnog vijeka među onima koji imaju 60 ili više godina, iako ovi trendovi možda nisu održivi i prikrivaju značajne nejednakosti unutar zemalja. U kombinaciji s padom stope plodnosti, ova povećanja očekivanog životnog vijeka dovode do brzog starenja stanovništva diljem svijeta (5).

1.1. Biomedicinski aspekti starenja

Tijekom starenja odvijaju se mnogi fiziološki fenomeni poput smanjenja broja staničnih tkiva, smanjenja brzine metabolizma, porasta bolesti i gubitka prilagodljivosti. Takvi se fenomeni razlikuju ovisno o organu i različito napreduju. Napredovanje starenja je degenerativna promjena povezana s biološkim karakteristikama, a ne uvjetovana čimbenicima okoliša i u konačnici ukazuje na to da vjerojatnost smrti brzo raste (6). Čimbenici okoliša koji su relevantni za način života, uključujući stres, tjelovježbu, pušenje i izlaganje sunčevoj svjetlosti, ubrzavaju ili odgađaju napredovanje starenja.

Tijekom posljednjih desetljeća očekivani životni vijek znatno se povećao. Sve veći broj pojedinaca prelazi 80 godina starosti što je dovelo do rastuće sklonosti multimorbiditetu, slabosti i invalidnosti kod starije populacije. Biološki govoreći, starenje je normalna kulminacija gubitka specifičnih regenerativnih i biozaštitnih mehanizama koji se tijekom vremena javljaju u organizmu (7).

Bitno je razlikovati normalne procese starenja od onih patoloških promjena koje se javljaju u sklopu bolesti, ali su izrazito drastičnije zbog smanjenog ili potpunog gubitka kompenzacijskih mehanizama.

Kohortne studije pokazale su da su morbiditet i funkcionalna ograničenja povezani s nižom kvalitetom života u starijoj dobi (8). Održavanje kognitivnih sposobnosti i prevencija poremećaja pamćenja ključni su ciljevi u starijoj dobi. Kognitivno funkcioniranje bi trebalo biti središnja komponenta uspješnog starenja. Kognitivni razvoj u starijoj dobi razlikuje se individualno. Kognitivno funkcioniranje obuhvaća percepciju, pažnju, pamćenje i više funkcije, no pokazatelji uspješnog kognitivnog funkcioniranja često se biraju kako bi se obuhvatile određene dimenzije funkcioniranja (9).

Razvijena domena uspješnog starenja je tjelesno funkcioniranje. Održavanje fizičke funkcije važna je komponenta uspješnog starenja (10). Redovita tjelesna aktivnost tijekom životnog vijeka snažan je prediktor zdravog starenja. Smanjenje mišićne mase i mišićne snage povezano je s procesima starenja, ali i s kroničnim bolestima i načinom života (prehrana, tjelesna neaktivnost). Sarkopeniju karakterizira niska mišićna snaga te niska mišićna masa i količina, a povezana je s razvojem funkcionalne nesposobnosti (11). Sarkopenija je također komponenta slabosti, što je sindrom koji se odnosi na ranjivost na stresore, gubitak rezervi i povećan rizik od funkcionalne nesposobnosti i smrtnosti. Kronična bol je uobičajeno stanje u starijih odraslih osoba i pridonosi funkcionalnom padu i ograničenju aktivnosti (12).

Uz starenje, značajno se smanjuje broj cerebralnih živčanih stanica. Veličina mozga se tada neznatno smanjuje, a u nekim dijelovima mozga kao što su locus ceruleus, substantia nigra, hipokampus, caudatus nucleus, putamen i cerebralni korteks gube se neuroni (6). Međutim, nema dovoljno studija koje bi pokazale da su funkcije mozga značajno oštećene starenjem (6). Iako je broj živčanih stanica smanjen, ostale stanice nadoknađuju gubitak. Kao rezultat toga, ukupni dendriti korteksa i hipokampusa čak su povećani do četrdesetih do šezdesetih godina. Nakon toga, u osamdesetim i devedesetim godinama dolazi do smanjenja broja dendrita.

Hormoni se proizvode u hipotalamusu, hipofizi, štitnjači, paratiroidnoj žlijezdi, gušterači, nadbubrežnoj žlijezdi, spolnim žlijezdama (testisi kod muškaraca, jajnici kod žena) i bubrezima

(6). Od tih brojnih hormona, ženski hormoni se najviše mijenjaju starenjem. Starenje uzrokuje ne samo smanjenje spolnih hormona, već i smanjenje proizvodnje i izlučivanja renina u bubrezima i aldosterona u nadbubrežnim žlijezdama. Razina kortizola u krvi ili proteina koji veže kortikosteroide nije mnogo promijenjen u starijih osoba. Međutim, neki se hormoni oslobađaju više što prethodi starenju. Starenjem se izlučuje veća količina paratiroidnog hormona i ubrzava osteoporozu koja se javlja kod starije populacije zbog oslobađanja kalcija u kostima (6).

Kardiološke promjene povezane sa starenjem se javljaju u slojevima miokarda. Promjene u kardiovaskularnom sustavu su posebno izražene u arterijama, a stijenke arterija postaju debele i tvrde. Iako minutni volumen srca u stanju ravnoteže uglavnom ostaje nepromijenjen, maksimalni broj otkucaja srca, maksimalni udarni volumen i volumen cirkulirajuće krvi su smanjeni (6).

Razine kalcija i proteina u kostima se smanjuju kako ljudi stare, čime se smanjuje mineralna gustoća kostiju. Dolazi do nepravilnog taloženja ili resorpcije kosti zbog izlaganja biokemijskim promjenama koštanih površina uzrokovanih razaranjem osteogenih slojeva (6).

Ako se degeneracija stanica pogorša, prekida komunikaciju među stanicama i unosi lipofuscin u stanice i tako dolazi do nekroze. Štoviše, jezgre u osteocitima su hiperpigmentirane i postaju manje. Kako ljudi stare, degeneracija staničnih organela je ozbiljnija tako da se uočavaju i pigmenti starenja. Posebno, citoplazma bubri i stanične membrane se uništavaju tako da su praznine ispunjene uništenim ostacima osteocita (6).

Degeneracija hrskavice povezana sa starenjem slična je degeneraciji u osteocitima, s tom iznimkom što se pigmenti starenja ne pojavljuju i češća je smrt stanica. Koštana masa se smanjuje zbog nedostatka ženskih hormona, smanjenja osteocita i hiperaktivnosti paratiroidnih žlijezda uzrokovane bubrežnom disfunkcijom i nedostatkom tjelevoježbe zbog slabosti mišića (6). Radijalne kosti, vrat bedrene kosti i kralježnica lako su sklone prijelomima zbog smanjenja mineralne gustoće kosti smanjenjem koštane mase. Osim toga, zglobne hrskavice u zglobovima propadaju i troše se, a hrskavice gube svoju elastičnost (6).

Poznato je da je bubreg organ s najizraženijim anatomskim i fiziološkim promjenama uzrokovanim starenjem (6). Veličina, težina i volumen korteksa te broj glomerula bubrega smanjuju se s godinama. Također, kako dolazi do kongestivne degeneracije i otvrdnjavanja glomerula, smanjuje se brzina glomerularne filtracije (GFR) i funkcija bubrežnih tubula. GFR kod osamdesetogodišnjaka smanjen je za 50% u odnosu na tridesetogodišnjake (6). Smanjenje GFR uzrokovano je smanjenjem bubrežnih stanica i otvrdnjavanjem bubrežnih žila, a te promjene dodatno povećavaju rizik od zatajenja bubrega zbog nakupljanja nefrotoksičnih tvari ili perioperativnih ishemijskih oštećenja.

Plućna tkiva postaju manje elastična i rastezljiva. Čak i ako nema promjena u broju alveola, količina elastičnih vlakana u alveolarnoj stijenci je smanjena i veličina alveola je manja uz lagano širenje alveolarnih kanalića, kao i respiratornih bronhiola (6).

Stoga su starije osobe pod visokim rizikom od atelektaze i postoperativne upale pluća zbog postupnog smanjenja PCO_2 u arterijskoj krvi, povećanje mrtvog prostora, smanjenje ekspiracijskog volumena i disfunkcija obrambenih mehanizama. Osim toga, dišni mišići i prsni koš također se mijenjaju starenjem. Smanjeni difuzijski kapacitet zbog starenja uzrokovan je smanjenjem plućne površine zbog oštećenja alveola, povećanjem debljine stijenke alveola i opstrukcijom malih dišnih putova (6).

Starenje uključuje pad akomodacije (dalekovidnost), toleranciju na bliještanje, prilagodbu, aktivnost niskog kontrasta, vidna polja pozornosti i razlikovanje boja (13).

Ove brojne promjene utječu na čitanje i ravnotežu. Starenje uzrokuje konduktivne i senzorne gubitke sluha (presbiakuzija). Gubitak osjeta okusa čest je problem kod odraslih (14). Percepcija slatkog je nepromijenjena, a gorkog je pretjerana. Zahvaćene su žlijezde slinovnice, a volumen i kvaliteta sline se smanjuju. Studije provedene o disfunkciji okusa pokazuju da promjene gustoće oštine okusa povezane sa starenjem mogu različito utjecati na funkciju okusa u različitim dijelovima jezika (15). Percepcija okusa opada tijekom normalnog procesa starenja. Studija provedena na zdravim starijim osobama pokazuje da se nakon otprilike 70 godina starosti prag osjeta okusa počinje povećavati što rezultira disgeuzijom (15). Problemi sa žvakanjem povezani s gubitkom zuba i korištenjem proteza također ometaju osjet okusa i uzrokuju

smanjenje proizvodnje slina. Starenjem opada i olfaktorna funkcija opada. Hiposmija (smanjena sposobnost njuha i detekcije mirisa) također se opaža s normalnim starenjem (16).

Osjet mirisa se smanjuje s godinama, a to utječe na sposobnost razlikovanja mirisa. Smanjeni osjet mirisa može dovesti do značajnog pogoršanja kvalitete života, uključujući poremećaj okusa i gubitak užitka pri jelu s posljedičnim promjenama u težini i probavi. Zabilježeno je da više od 75% ljudi starijih od 80 godina ima znakove ozbiljnog oštećenja njuha. Mnoge studije pokazuju da se njih značajno smanjuje nakon sedmog desetljeća (17). Drugo istraživanje pokazalo je da je 62,5% osoba u dobi od 80 do 97 godina imalo poremećaje njuha (18). Starenje također uzrokuje atrofiju neurona olfaktornog bulbosa. Osjet dodira često opada zbog promjena na koži i smanjene cirkulacije krvi do receptora za dodir ili do mozga i leđne moždine. Manji nedostaci u prehrani kao što je nedostatak tiamina također mogu biti uzrok promjena. Koža, mišići, tetive, zglobovi i unutarnji organi imaju receptore koji detektiraju dodir, temperaturu ili bol (19).

Smanjenje osjeta dodira utječe na jednostavnu motoriku, snagu stiska ruke i ravnotežu. Studije su pokazale da funkcije osjetilnih receptora unutar mišića i mehanoreceptora (osjetni organ ili stanica koja reagira na mehaničke podražaje poput dodira ili zvuka) opadaju starenjem, dodatno ometajući ravnotežu (20).

1.2. Psihosocijalni aspekti starenja

Današnji trendovi ukazuju na to da zadovoljstvo životom osoba starije životne dobi nije samo odsustvo bolesti i invaliditeta, nego želja da zadrže svoj stil života, zajedno sa svim svojim uobičajenim društvenim aktivnostima u slobodno vrijeme. Mentalno zdravlje starih ljudi, prema tome, također obuhvaća kako pozitivno mentalno zdravlje tako i prevenciju bolesti (21).

Psihosocijalna stanja pridonose procesima starenja. Baltes i Baltes predložili su model selektivne optimizacije s kompenzacijom koji prilagodbu na deficite starenja objašnjava uspješnim psihološkim i bihevioralnim procesima (22). Model se sastoji se od objektivnih i subjektivnih kriterija i odražava sposobnost ljudi da donose odluke koje najbolje odgovaraju

pojedinačnim resursima. Uz to, Young i suradnici predložili su alternativni model koji obuhvaća mogućnost kompenzacije fizioloških ograničenja psihološkim i društvenim dimenzijama (23). Prema studiji Kim i Park, starije odrasle osobe mogu uspješno stariti, ako su društveno aktivne i psihički dobro prilagođene, iako se susreću s padom tjelesnih i kognitivnih funkcija (24). Dobro socijalno funkcioniranje često se određuje kao važan čimbenik uspješnog starenja, osobito od strane samih starijih osoba. Odražava želju da se zadrži uloga u društvu i povezanost s ljudima. Društveno funkcioniranje uključuje pokazatelje usamljenosti, društvene aktivnosti te emocionalnu i instrumentalnu potporu drugima.

Prema Mosseyu i Shapiru, na dobrobit i smrtnost kod starih ljudi utječe njihovo uvjerenje da je vlastito zdravlje dobro ili loše (25). Individualni psihološki čimbenici kao što su samopoštovanje i samopostignuće također su važni psihološki čimbenici za zdravo starenje. Nekoliko studija dodatno pokazuje da je samopoštovanje značajno povezano sa životnim ishodima kao što su međuljudski odnosi, posao, zdravlje i zdravo starenje (25).

Starije osobe imaju osjećaj samopostignuća kroz sudjelovanje u društvenim aktivnostima. Aktivnosti su dobar pokazatelj koji se odnosi na zdravo starenje. Usamljenost i izolacija među starijim osobama mogu se povećati zbog smanjenih osobnih odnosa, pri čemu takva socijalna izolacija izaziva ili pogoršava depresiju.

1.3. Koncept uspješnog starenja

Pojam zdravog starenja definiran je na razne načine tijekom godina. Unatoč razlikama u različitim pristupima zdravom starenju i važnosti svakog čimbenika, opće je prihvaćeno da se radi o složenom konceptu koji bi trebao obuhvatiti više od samog tjelesnog i mentalnog zdravlja (26).

Svjetska skupština o starenju 2002. godine definirala je aktivno starenje kao način poboljšanja prilika za sudjelovanje, sigurnost i zdravlje kako bi se poboljšala kvaliteta života starijih osoba. Potiče starije osobe da prepoznaju svoj potencijal za fizički, društveni i mentalni napredak tijekom života i sudjeluju u društvo ovisno o svojim potrebama, željama i

ograničenjima. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) razvila je novu definiciju zdravog starenja 2015. godine. Definira zdravo starenje kao proces razvoja i održavanja funkcionalne sposobnosti koji omogućuje dobrobit u starijoj dobi (27). Funkcionalna sposobnost je posjedovanje sposobnosti koje omogućuju ljudima da budu i rade ono što cijene, a podrazumijeva:

- Zadovoljavati svoje osnovne potrebe
- Učiti, razvijati se i donositi odluke
- Biti mobilan
- Graditi i održavati odnose
- Doprinijeti društvu (28)

Koncept zdravog starenja Svjetske zdravstvene organizacije (tj. proces razvoja i održavanja funkcionalne sposobnosti koja omogućuje dobrobit u starijoj dobi) pokrenuo je globalnu raspravu o potrebi za promjenom paradigmi kako bi se zdravstvene i socijalne usluge preusmjerile prema osobama usmjerenim i koordiniranim modelima skrbi (28). Odrednice aktivnog starenja povezane su sa sustavima socijalne podrške, okolinom, osobnim čimbenicima, ponašanjem, društvenim odnosima i ekonomskim čimbenicima. Ekonomska komisija Ujedinjenih naroda predložila je Indeks aktivnog starenja koji uključuje 22 indikatora grupirana u četiri domene:

1. Sudjelovanje u društvu
2. Kapacitet i poticajno okruženje za aktivno starenje
3. Samostalan, zdrav i siguran život
4. Zapošljavanje (28)

„Osnovno izvješće Desetljeća zdravog starenja naglašava važnost provedbe visokoučinkovitog, istraživački potvrđenog transformativnog procesa koji dijele svi ključni dionici sustava skrbi kako bi se optimizirala funkcionalna sposobnost starijih osoba.“ SZO ovom definicijom naglašava važnost funkcionalne sposobnosti i identificira čimbenike koji čine tu sposobnost, uključujući intrinzičnu sposobnost pojedinca, karakteristike okoline u kojoj žive i njihovu interakciju (28). Intrinzična sposobnost uključuje sve mentalne i fizičke sposobnosti pojedinca koje mu omogućuju obavljanje svakodnevnih aktivnosti i na nju uvelike utječe

prisutnost bolesti i invaliditeta. Okolina uključuje čimbenike kao što su uvjeti stanovanja, prijevoz i socijalne usluge, kao i odnose te socijalnu i zdravstvenu politiku (28).

Mentalna i tjelesna aktivnost starih ljudi od 80 godina nije jednaka. Drugim riječima, iako je starija dob često povezana sa smanjenim intrinzičnim kapacitetom, u nekim slučajevima 80 - godišnja osoba može pokazati bolje ili slične mentalne i fizičke sposobnosti kao 30 - godišnja osoba. To se može shvatiti kao raznolikost (28). SZO naglašava da ovaj problem različitosti može proizaći iz nejednakosti utjecaja čimbenika kao što su genetika, spol, etnička pripadnost i okolina u kojoj se stari (28). Ove nejednakosti treba smanjiti kako bi se pomoglo u provedbi programa za zdravo starenje. Svjetska zdravstvena organizacija predložila je neke ciljeve za 2021. – 2030. godine koji se odnose na smanjenje nejednakosti u zdravlju i poboljšanje dobrobit starijih osoba, obitelji i zajednica (29). Obaveza društva je razviti učinkovite strategije zdravog starenja.

Čimbenici koji će doprinijeti postizanju boljeg starenja su istraživanje i podaci koji se dobiju. Tri četvrtine zemalja u svijetu ima ograničene ili nikakve podatke o zdravom starenju ili o starijim dobnim skupinama (30). Taj nedostatak istraživanja doprinosi nevidljivosti i isključenosti starijih osoba. Podaci su bitni kako bi se bolje razumjelo zdravstveno stanje, socijalno i ekonomsko blagostanje starijih osoba. Istraživanja o zdravom starenju moraju se fokusirati na trenutačne potrebe starijih osoba, predvidjeti buduće izazove i povezati društvene, biološke, ekonomske i okolišne uvjete i odrednice zdravog starenja u prvoj i drugoj polovici života te razviti intervencije za poboljšanje zdravog starenja (29).

1.4. Promicanje zdravog starenja

Prosječna starost stanovništva je sve veća. Ta činjenica predstavlja značajan pritisak na zdravstveni sustav, budući da starije osobe često imaju kronične bolesti i zahtijevaju medicinsku skrb. Neovisnost starijih osoba često je ograničena zbog procesa koji se odvijaju tijekom starenja kao i popratnih bolesti. Loše tjelesno i psihičko funkcioniranje najčešći je razlog oslanjanja na tuđu pomoć ili institucionalnu skrb. Promicanje zdravlja je proces koji omogućuje povećanje kontrole i poboljšanja zdravlja i jednako je važna kao prevencija bolesti (31).

Zdravstvena pismenost jedan je od najkritičnijih čimbenika za zdravo starenje koji može osnažiti starije osobe da donose informirane odluke i razumiju svoja prava (32). Zdravo starenje uključuje svijest o fizičkim i mentalnim promjenama. Stoga, medicinske sestre moraju biti aktivni edukatori kako bi starijoj populaciji približile suvremene trendove u medicini.

Međutim, edukacija o bolestima i fiziologiji starenja može negativno utjecati na starije osobe. Svijest i iščekivanje simptoma pogoršanja zdravlja može postati razlogom tjeskobe i depresije vezane uz starenje. Kako bi izbjegli takav učinak zdravstvene pismenosti, bitno je obratiti pozornost na objašnjavanje važnosti procesa starenja i promicanje donošenja odluka (32). Jedan od ključnih načina na koji medicinske sestre promiču zdravo starenje jest fokusiranje na preventivnu skrb. Pomak prema uspješnim tehnikama prevencije danas je važniji zbog prirode zdravstvene skrbi koja se brzo mijenja.

Zdrav stil života može poboljšati tjelesno stanje u bilo kojoj životnoj dobi. Važno je starije osobe poticati na aktivnost, sigurno kućno okruženje, društvenu povezanost s drugima, zdravu prehranu, održavanje dobre hidratacije i održavanje mentalnog zdravlja. Tjelesnom aktivnosti se održava snaga, povećava energija, poboljšava ravnoteža, te sprječavaju ili odgađaju tjelesne bolesti i smanjuje depresija. Preporučuje se najmanje 150 minuta tjelesne aktivnosti tjedno (30). Procjena sigurnosti okoline pomaže u usmjeravanju plana skrbi, kao i zdrava prehrana koja ima važnu ulogu u zdravlju starijih osoba. Održavanje društvenih aktivnosti je od velike važnosti za kvalitetu života, u smislu širenja i održavanja socijalnih kontakata, te smanjenja rizika od depresije, demencije i kognitivnih poremećaja (33).

Također, od značajne važnosti je zadovoljenje egzistencijalnih i vjerskih potreba. Samo redovitom procjenom funkcionalnog stanja starijih osoba može se pružiti odgovarajuća podrška i pronaći čimbenici koji ograničavaju samostalnost i poboljšati kvalitetu života (34).

Medicinske sestre igraju ključnu ulogu u promicanju navedenih postupaka jer mogu identificirati i preporučiti planove za poboljšanje zdravlja. Uz kritičko razmišljanje, dobru kliničku procjenu, koordiniranu skrb, doprinos medicinskih sestara u pružanju skrbi za starije osobe je ključan za poboljšanje njihovog zdravlja i kvalitete života.

2. CILJ ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja je ispitati percepciju i uvjerenja starijih osoba o značajkama uspješnog starenjem odnosno u kojoj mjeri ispitanici, vlastito starenje doživljavaju kao uspješno, te postoje li razlike u percepciji važnosti ispitanih obilježja uspješnog starenja.

Hipoteze

Na temelju teorijskih polazišta, postavljene su dvije hipoteze:

H1. Postoji međusobna povezanost uspješnog starenja s dobi, spolom i stručnom spremom.

H2. Postoje statistički značajne razlike u percepciji uspješnog starenja u odnosu na mjesto življenja.

3. MATERIJALI I METODE

3.1. Uzorak ispitanika

U istraživanje je sudjelovalo ukupno 100 ispitanika oba spola, sa stalnim boravkom na području Dubrovačko-Neretvanske županije. Uzorak je biran po kriteriju relativno ravnomjerne zastupljenosti ispitanika u odnosu prema varijablama istraživanja koje će se koristiti u analizama razlika. godine. U istraživanju je primijenjena metoda slučajnog uzorkovanja u promatranom području. Kriterij odabira bio je da osoba ima 65 godina i više, da je umirovljena i živi u vlastitom kućanstvu. Svi ispitanici su ispunili upitnike u papirnatom obliku, u uvjetima svakodnevnog boravka u svojim domovima i u izravnom kontaktu s ispitivačem. Okvirno vrijeme koje je bilo potrebno za anketiranje bilo je od 15 do 20 minuta po ispitaniku. Istraživanje je provedeno u razdoblju od 01. veljače do 01. travnja 2023.

3.2. Metode prikupljanja podataka

Za dobivanje rezultata i podataka provedeno je anketiranje ispitanika. Svi ispitanici su dobrovoljno sudjelovali i bili informirani o anonimnosti ankete. Anketa se sastoji od dva dijela. U prvom dijelu ankete su obuhvaćene demografske karakteristike ispitanika u cilju dobivanja informacija o starijim osobama koje sudjeluju u istraživanju (spol, dob, mjesto stanovanja, bračni status, razina obrazovanja, mjesečni prihod, zdravstveno stanje). Drugi dio ankete sadrži Skalu samoprocjene uspješnog starenja koja se sastoji od dvadeset čestica. Nastala je adaptacijom hrvatskog prijevoda Skale percepcije starijih osoba o uspješnom starenju. Ispitanik odgovara tako da procjenjuje stupanja slaganja s pojedinom tvrdnjom na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva (1 – uopće se ne odnosi na mene do 5 – u potpunosti se odnosi na mene). Viši rezultat ukazuje na povoljniju percepciju vlastitog starenja kao uspješnijeg. Statistička obrada podataka je provedena pomoću Microsoft Office Excel programa. Podaci su prikazani grafički i tabelarno. U obradi podataka korištena je deskriptivna statistika te parametrijske statističke metode

3.3. Statistička obrada podataka

Kategorijski podatci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci su opisani aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, te medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom, dok su razlike numeričkih varijabli između triju i više nezavisnih skupina testirane Kruskal Wallis testom. Sve p vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti je postavljena na 0,05. Za statističku analizu je korišten statistički program SPSS (inačica 26.0, SPSS Inc., Chicago, IL, SAD).

4. REZULTATI

Tablica 1. Sociodemografski pokazatelji

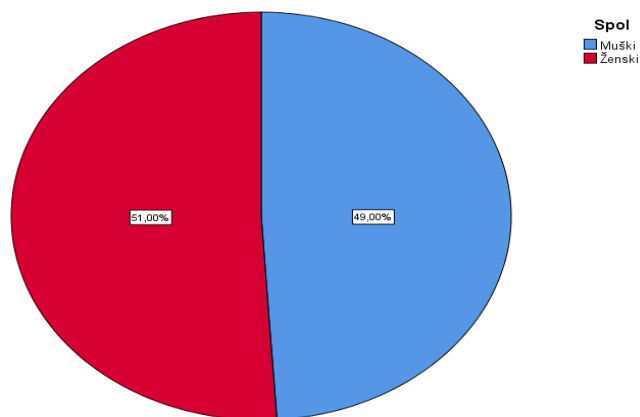
		N	%
Spol	Muški	49	49,0%
	Ženski	51	51,0%
	Ukupno	100	100,0 %
Dob	65-74 godina	32	32,0%
	75-84 godina	29	29,0%
	85-94 godina	26	26,0%
	95 godina i više	13	13,0%
	Ukupno	100	100,0 %
Obrazovanje	Osnovna škola	37	37,0%
	Srednja stručna sprema	42	42,0%
	Viša stručna sprema	14	14,0%
	Visoka stručna sprema	5	5,0%
	Magisterij/doktorat znanosti	2	2,0%
	Ukupno	100	100,0 %
Mjesto stanovanja	urbano naselje	48	48,0%
	ruralno naselje	52	52,0%
	Ukupno	100	100,0 %
Mjesto stanovanja	obiteljska kuća	55	55,0%
	stambeni objekt	45	45,0%
	Ukupno	100	100,0 %
Način stanovanja	Živim sam/a	30	30,0%
	Sa suprugom	36	36,0%
	Sa ostalim članovima obitelji	34	34,0%
	Ukupno	100	100,0 %
Bračni status	Samac	14	14,0%
	Razdvojena/razdvojen	1	1,0%
	U braku	44	44,0%
	U izvanbračnoj zajednici	0	0,0%

	Razvedena/razveden	7	7,0%
	Udovica/udovac	34	34,0%
	Ukupno	100	100,0 %
Materijalni status	Mnogo lošiji od prosjeka	4	4,0%
	Nešto lošiji od prosjeka	34	34,0%
	Prosječno	48	48,0%
	Nešto bolje od prosjeka	11	11,0%
	Mnogo bolje od prosjeka	3	3,0%
	Ukupno	100	100,0 %

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

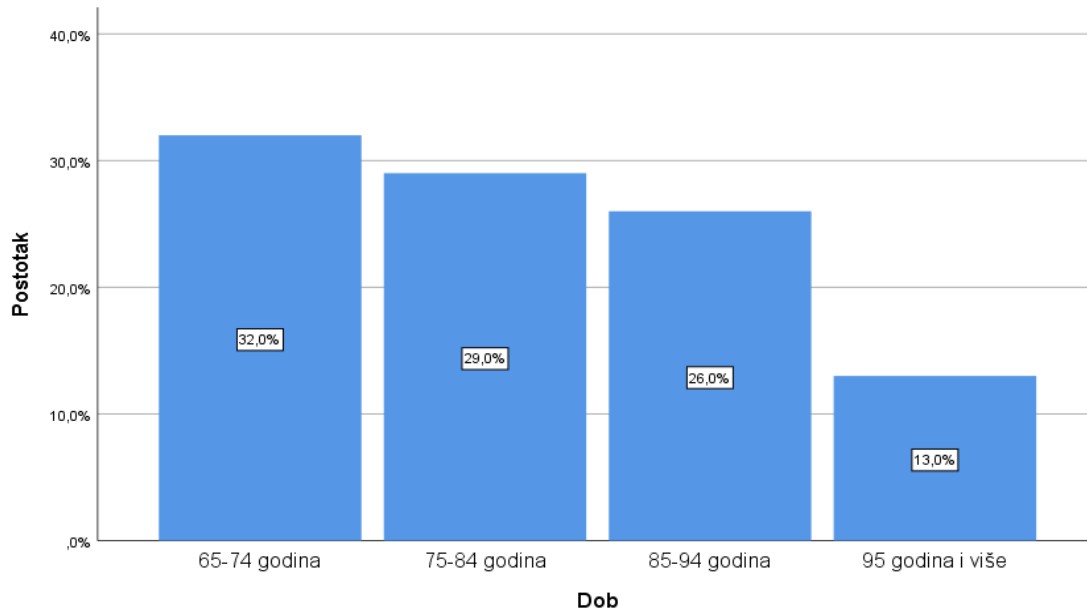
Kod podataka za *spol* ispitanika može se uočiti kako je 49,0% ispitanika muškog spola, dok je 51,0% ženskog spola, kod *dobi* 32,0% ima 65 - 74 godina, 29,0% ima 75 - 84 godina, 26,0% ima 85-94 godina, dok 13,0% ima 95 godina i više, kod *obrazovanja* 37,0% ima osnovnu školu, 42,0% ima srednju stručnu spremu, 14,0% ima višu stručnu spremu, 5,0% ima visoku stručnu spremu, dok 2,0% ima magisterij/doktorat znanosti, kod *mjesta stanovanja* 52,0% živi u ruralnom naselju i 55,0% živi u obiteljskoj kući, 30,0% živi sam/a, 36,0% živi sa suprugom, dok 34,0% živi sa ostalim članovima obitelji, kod *bračnog statusa* najveći udio ispitanika je u braku (44,0%) i udovica/udovac (34,0%), kod *materijalnog statusa* 48,0% navodi prosječno, dok 34,0% navodi nešto lošiji od prosjeka.

Graf 1. Raspodjela ispitanika prema spolu



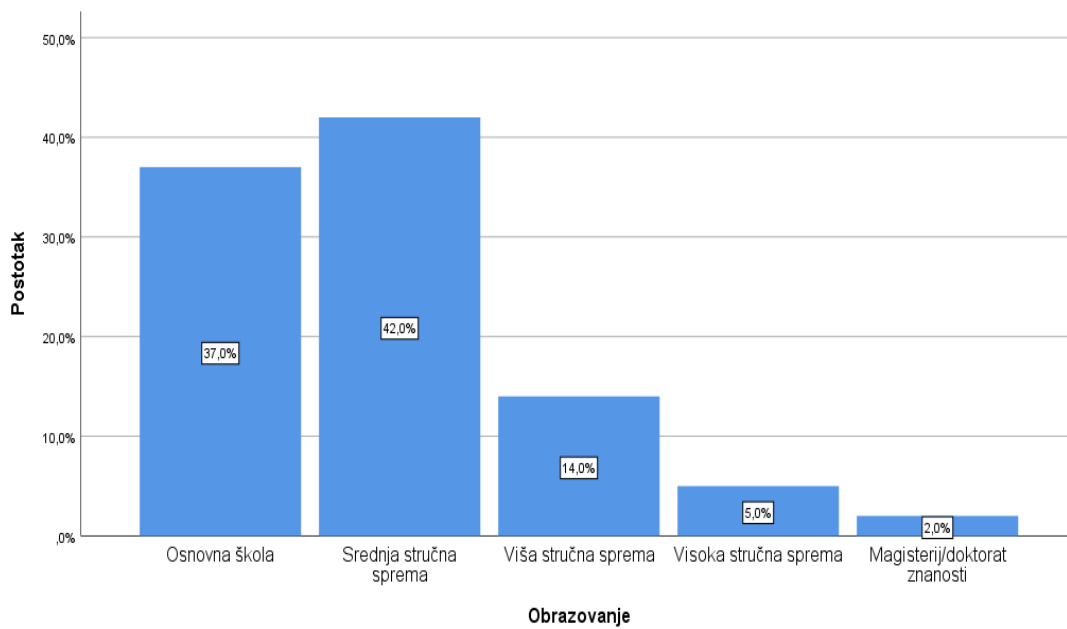
Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Graf 2. Raspodjela ispitanika prema dobi



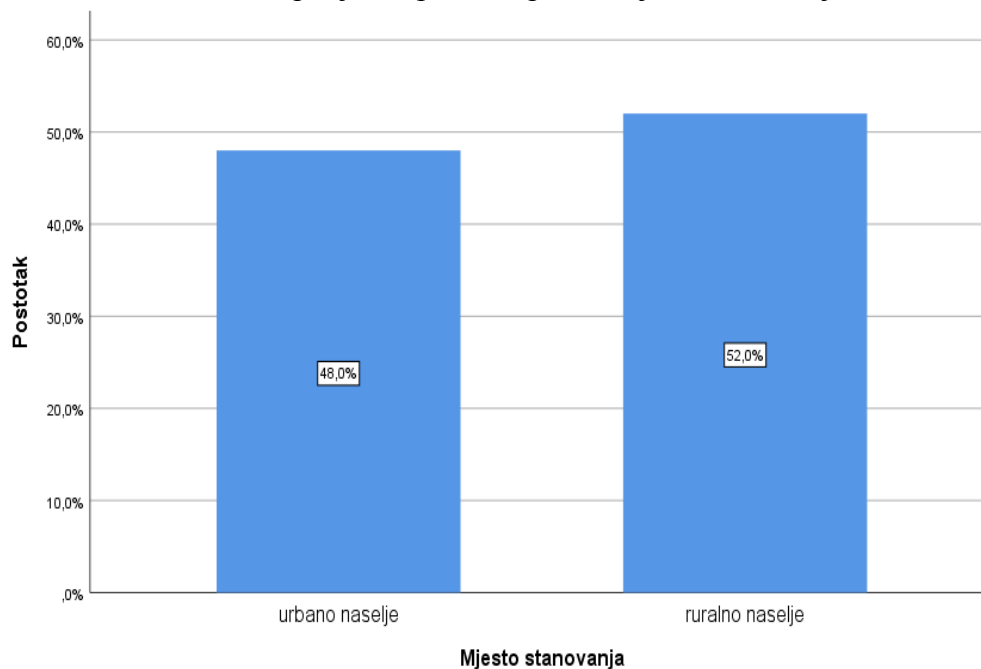
Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Graf 3. Raspodjela ispitanika prema stručnoj spremi



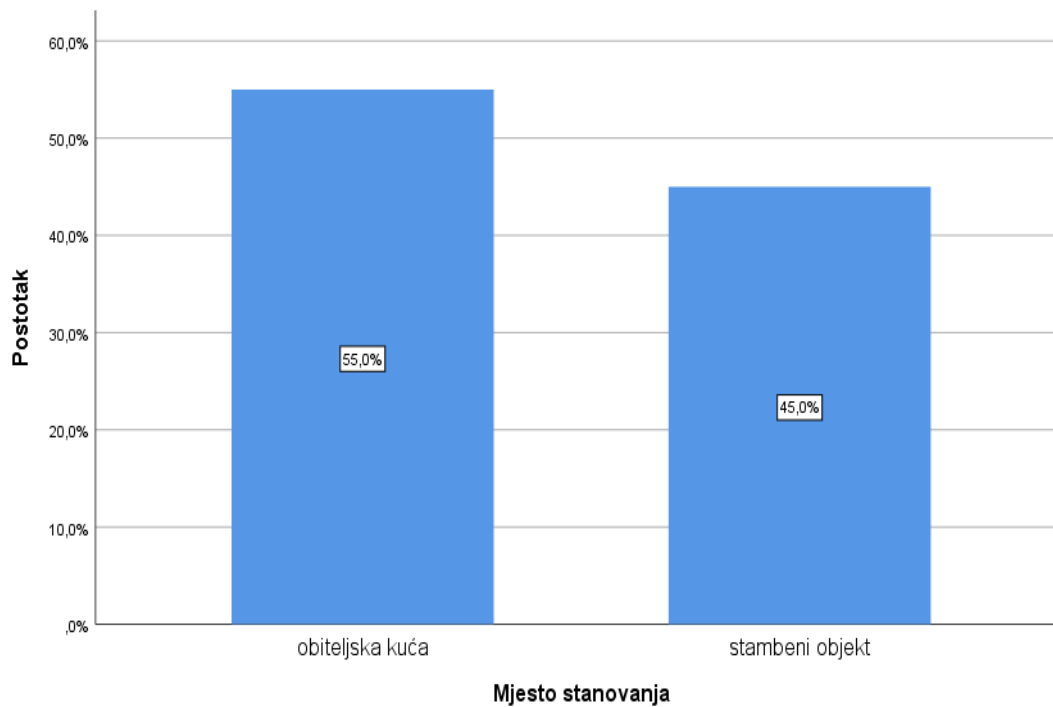
Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Graf 4. Raspodjela ispitanika prema mjestu stanovanja



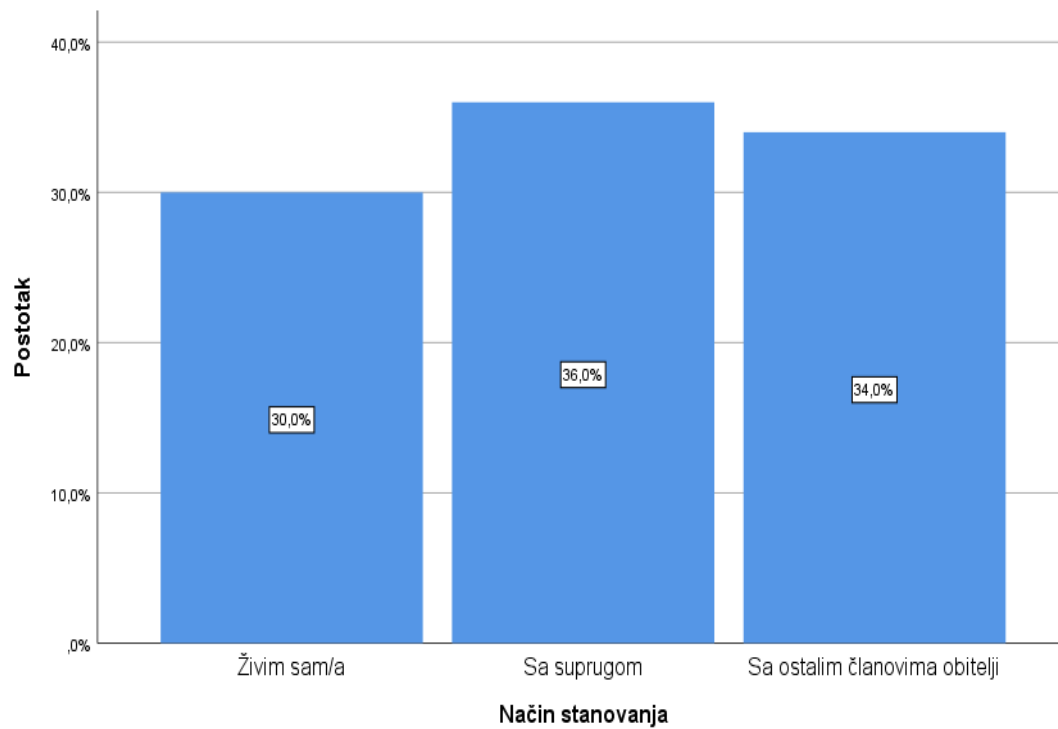
Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Graf 5. Raspodjela ispitanika prema mjestu stanovanja



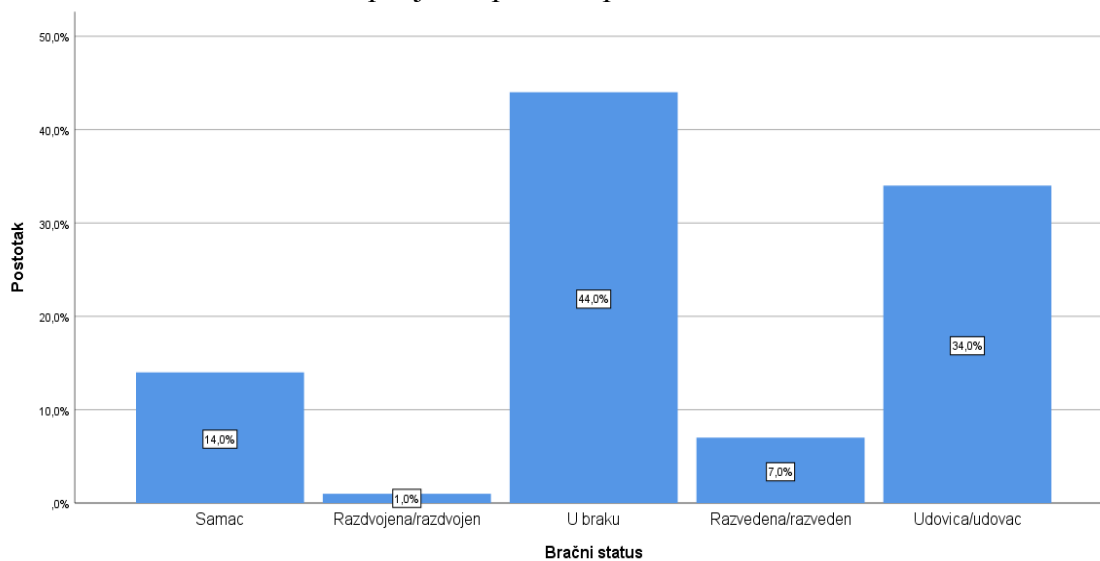
Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Slika 6. Raspodjela ispitanika prema načinu stanovanja



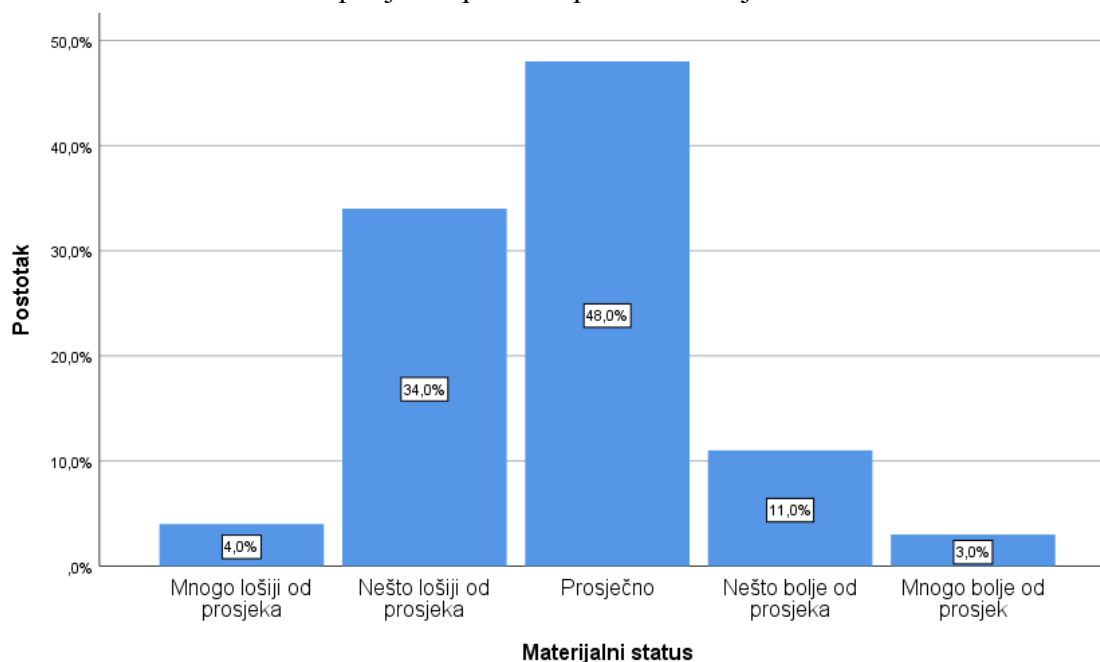
Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Slika 7. Raspodjela ispitanika prema bračnom statusu



Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Slika 8. Raspodjela ispitanika prema materijalnom statusu



Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Dalje će biti prikazani deskriptivni pokazatelji za *promatrana pitanja* za svaku će skupinu pitanja 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 2. Skala samoprocjene uspješnog starenja

		N	%	\bar{x}	Sd
Mislim da ću živjeti vrlo dugo	uopće se NE odnosi na mene	4	4,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	4	4,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	37	37,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	41	41,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	14	14,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,57	,92
	uopće se NE odnosi na mene	3	3,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	25	25,0%		

Dobroga sam zdravlja	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	30	30,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	36	36,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	6	6,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,17	,97
Zadovoljan/na sam svojim životom većinu vremena	uopće se NE odnosi na mene	2	2,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	5	5,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	49	49,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	39	39,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	5	5,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,40	,75
Imam gene (naslijeđe) koji mi pomažu da dobro starim	uopće se NE odnosi na mene	2	2,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	26	26,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	36	36,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	28	28,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	8	8,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,14	,96
Imam prijatelje i obitelj koji su tu zbog mene	uopće se NE odnosi na mene	1	1,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	12	12,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	26	26,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	44	44,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	17	17,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,64	,94
Uključen/na sam u svijet i ljude koji me okružuju	uopće se NE odnosi na mene	2	2,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	9	9,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	26	26,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	46	46,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	17	17,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,67	,93
Sposoban/na sam odabrati stvari koje se tiču mog starenja, kao što	uopće se NE odnosi na mene	2	2,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	11	11,0%		

prehrana, vježbanje i pušenje	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	33	33,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	42	42,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	12	12,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,51	,92
Sposoban/na sam postići sve ono što trebam i nešto od onoga što želim	uopće se NE odnosi na mene	5	5,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	6	6,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	39	39,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	41	41,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	9	9,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,43	,92
Ne osjećam se usamljeno ili izolirano	uopće se NE odnosi na mene	4	4,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	19	19,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	28	28,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	40	40,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	9	9,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,31	1,01
Uspješno se prilagođavam promjenama koje su povezane sa starenjem	uopće se NE odnosi na mene	1	1,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	13	13,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	52	52,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	33	33,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	1	1,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,20	,71
Sposoban/na sam brinuti se o sebi	uopće se NE odnosi na mene	3	3,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	7	7,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	31	31,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	43	43,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	16	16,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,62	,94
Imam osjećaj mira kada razmišljam o tome da neću živjeti	uopće se NE odnosi na mene	1	1,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	21	21,0%		

vječno	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	34	34,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	31	31,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	13	13,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,34	,99
Imam osjećaj da sam bio/bila sposoban/na utjecati na tuđe živote na pozitivan način	uopće se NE odnosi na mene	3	3,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	5	5,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	43	43,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	42	42,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	7	7,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,45	,82
Ne žalim za načinom na koji sam proveo/la svoj život	uopće se NE odnosi na mene	2	2,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	7	7,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	42	42,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	35	35,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	14	14,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,52	,89
Radim na plaćenim ili volonterskim aktivnostima nakon uobičajene dobi za umirovljenje	uopće se NE odnosi na mene	55	55,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	25	25,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	7	7,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	8	8,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	5	5,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	1,83	1,17
Osjećam se dobro sa samim sobom	uopće se NE odnosi na mene	3	3,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	15	15,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	44	44,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	27	27,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	11	11,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,28	,95
Sposoban/na sam uspješno se suočiti s promjenama u svojim	uopće se NE odnosi na mene	2	2,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	12	12,0%		

kasnijim godinama	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	49	49,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	35	35,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	2	2,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,23	,76
Ne bolujem od kroničnih bolesti	uopće se NE odnosi na mene	21	21,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	33	33,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	26	26,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	14	14,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	6	6,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	2,51	1,15
Nastavljam učiti nove stvari i u kasnijim godinama	uopće se NE odnosi na mene	1	1,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	17	17,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	52	52,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	24	24,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	6	6,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,17	,82
Sposoban/na sam djelovati u skladu s mojim standardima i vrijednostima	uopće se NE odnosi na mene	1	1,0%		
	uglavnom se NE odnosi na mene	8	8,0%		
	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	54	54,0%		
	uglavnom se odnosi na mene	31	31,0%		
	u potpunosti se odnosi na mene	6	6,0%		
	Ukupno	100	100,0 %	3,33	,75

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Najvišu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *uključen/na sam u svijet i ljude koji me okružuju* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,67 dok standardna devijacija iznosi 0,93, zatim *imam prijatelje i obitelj koji su tu zbog mene* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,64 dok standardna devijacija iznosi 0,94.

Najnižu vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika bilježimo za pitanja: *radim na plaćenim ili volonterskim aktivnostima nakon uobičajene dobi za umirovljenje* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 1,83 dok standardna devijacija iznosi 1,17, zatim *ne bolujem od kroničnih bolesti* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 2,51 dok standardna devijacija iznosi 1,15.

Tablica 3. Medijan i interkvartilni raspon za skalu samoprocjene uspješnog starenja

	Median (IQR)	Minimum	Maximum
Skala samoprocjene uspješnog starenja	3,30 (2,88 - 3,60)	1,55	4,50

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Iz Tablice 3. može se uočiti kako je medijan za *skalu samoprocjene uspješnog starenja* 3,30 uz interkvartilni raspon 2,88 do 3,60, pri čemu je minimalna vrijednost skale 1,55, dok je maksimalna vrijednost 4,50.

4.1. Testiranje razlike kod promatranih faktora

Dalje u radu će biti provedeno testiranje kod promatranih faktora s obzirom na promatrane pokazatelje, testiranje će biti provedeno putem Mann-Whitney U testa i Kruskal–Wallis testa.

Tablica 4. Skala samoprocjene uspješnog starenja prema spolu

		Spol
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Muški	3,30 (2,85 - 3,55)
	Ženski	3,20 (2,90 - 3,60)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 5. Usporedba s obzirom na spol ispitanika (rangovi)

	Spol	N	Aritmetička	Suma
			sredina rangova	rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Muški	49	51,18	2508,00
	Ženski	51	49,84	2542,00
	Ukupno	100		

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 6. Test Statistics^a

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Mann-Whitney U	1216,000
Wilcoxon W	2542,000
Z	-,231
Asymp. Sig. (2-tailed)	,817

a. Grouping Variable: Spol

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *skale samoprocjene uspješnog starenja* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na *spol ispitanika*.

Tablica 7. Skala samoprocjene uspješnog starenja prema dobi

		Dob
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	65-74 godina	3,48 (3,05 - 3,90)
	75-84 godina	3,45 (3,20 - 3,70)
	85-94 godina	3,05 (2,80 - 3,30)
	95 godina i više	2,95 (2,75 - 3,30)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 8. Usporedba s obzirom na dob ispitanika (rangovi)

	Dob	N	Aritmetička sredina rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	65-74 godina	32	59,69
	75-84 godina	29	60,07
	85-94 godina	26	37,04
	95 godina i više	13	33,46
	Ukupno	100	

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 9: Testna statistika^{a,b}

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Kruskal-Wallis H	16,463
df	3
Asymp. Sig.	,001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Dob

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *skalu samoprocjene uspješnog starenja* 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 čemu je vrijednost pokazatelja viša za ispitanike koji su mlađi (65-74 godina i 75-84 godina).

Tablica 10. Skala samoprocjene uspješnog starenja s obzirom na obrazovanje ispitanika

		Obrazovanje
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Osnovna škola	3,00 (2,75 - 3,40)
	Srednja stručna sprema	3,33 (3,00 - 3,70)
	Viša stručna sprema	3,53 (3,20 - 4,10)
	Visoka stručna sprema	3,50 (3,10 - 3,50)
	Magisterij/doktorat znanosti	3,88 (3,75 - 4,00)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 11. Usporedba s obzirom na obrazovanje ispitanika (rangovi)

	Obrazovanje	N	Aritmetička sredina rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Osnovna škola	37	37,04
	Srednja stručna sprema	42	54,79
	Viša stručna sprema	14	66,61
	Visoka stručna sprema	5	54,40
	Magisterij/doktorat znanosti	2	87,00
	Ukupno	100	

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 12. Testna statistika^{a,b}

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Kruskal-Wallis H	16,469
df	4
Asymp. Sig.	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Obrazovanje

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *skalu samoprocjene uspješnog starenja* 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 *obrazovanje ispitanika*, pri čemu je vrijednost pokazatelja najniža za ispitanike koji imaju *osnovnu školu*.

Tablica 13. Skala samoprocjene uspješnog starenja s obzirom na mjesto stanovanja

		Mjesto stanovanja
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	urbano naselje	3,30 (2,90 - 3,70)
	ruralno naselje	3,25 (2,85 - 3,58)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 14. Usporedba s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika (rangovi)

	Mjesto stanovanja	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	urbano naselje	48	53,51	2568,50
	ruralno naselje	52	47,72	2481,50
	Ukupno	100		

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 15. Testna statistika^a

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Mann-Whitney U	1103,500
Wilcoxon W	2481,500
Z	-,997
Asymp. Sig. (2-tailed)	,319

a. Grouping Variable: Mjesto stanovanja

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *skale samoprocjene uspješnog starenja* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na *mjesto stanovanja*.

Tablica 16. Skala samoprocjene uspješnog starenja s obzirom na
mjesto stanovanja

		Mjesto stanovanja
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	obiteljska kuća	3,40 (3,00 - 3,65)
	stambeni objekt	3,15 (2,80 - 3,50)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 17. Usporedba s obzirom na mjesto stanovanja ispitanika (rangovi)

	Mjesto stanovanja	N	Aritmetička sredina rangova	Suma rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	obiteljska kuća	55	54,82	3015,00
	stambeni objekt	45	45,22	2035,00
	Ukupno	100		

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 18. Testna statistika^a

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Mann-Whitney U	1000,000
Wilcoxon W	2035,000
Z	-1,646
Asymp. Sig. (2- tailed)	,100

a. Grouping Variable: Mjesto stanovanja

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *skale samoprocjene uspješnog starenja* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na *mjesto stanovanja*.

Tablica 19. Skala samoprocjene uspješnog starenja s obzirom na način stanovanja

		Način stanovanja
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Živim sam/a	3,30 (2,90 - 3,55)
	Sa suprugom	3,38 (2,88 - 3,73)
	Sa ostalim članovima obitelji	3,15 (2,85 - 3,55)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 20. Usporedba s obzirom na način stanovanja ispitanika (rangovi)

	Način stanovanja	N	Aritmetička sredina rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Živim sam/a	30	50,75
	Sa suprugom	36	52,81
	Sa ostalim članovima obitelji	34	47,84
	Ukupno	100	

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 21. Testna statistika^{a,b}

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Kruskal-Wallis H	,516
df	2
Asymp. Sig.	,772

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Način stanovanja

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *skale samoprocjene uspješnog starenja* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na *način stanovanja*.

Tablica 22. Skala samoprocjene uspješnog starenja s obzirom na način bračni status

		Bračni status
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Samac	3,28 (2,75 - 3,60)
	Razdvojena/razdvojen	3,90 (3,90 - 3,90)
	U braku	3,38 (2,93 - 3,73)
	Razvedena/razveden	3,15 (2,50 - 3,30)
	Udovica/udovac	3,25 (2,95 - 3,55)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 23. Usporedba s obzirom na bračni status ispitanika (rangovi)

	Bračni status	N	Aritmetička sredina rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Samac	14	46,43
	Razdvojena/razdvojen	1	87,00
	U braku	44	53,59
	Razvedena/razveden	7	33,64
	Udovica/udovac	34	50,57
	Ukupno	100	

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 24. Testna statistika^{a,b}

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Kruskal-Wallis H	4,727
df	4
Asymp. Sig.	,317

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Bračni status

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se razina signifikantnosti kod *skale samoprocjene uspješnog starenja* može se uočiti kako vrijednost signifikantnosti testa iznosi više od 0,05 ($p > 0,05$), što znači da nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na *bračni status*.

Tablica 25. Skala samoprocjene uspješnog starenja s obzirom na materijalni status

		Materijalni status
		Median (IQR)
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Mnogo lošiji od prosjeka	3,50 (3,20 - 3,90)
	Nešto lošiji od prosjeka	2,95 (2,75 - 3,25)
	Prosječno	3,38 (3,08 - 3,60)
	Nešto bolje od prosjeka	3,75 (3,35 - 4,20)
	Mnogo bolje od prosjeka	3,95 (3,75 - 4,00)

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 26. Usporedba s obzirom na materijalni status ispitanika (rangovi)

	Materijalni status	N	Aritmetička sredina rangova
Skala samoprocjene uspješnog starenja	Mnogo lošiji od prosjeka	4	66,00
	Nešto lošiji od prosjeka	34	32,76
	Prosječno	48	54,90
	Nešto bolje od prosjeka	11	70,36
	Mnogo bolje od prosjek	3	87,67
	Ukupno	100	

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Tablica 27. Testna statistika^{a,b}

	Skala samoprocjene uspješnog starenja
Kruskal-Wallis H	25,056
df	4
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Materijalni status

Izvor: Vlastiti izvor, 2023.

Pogleda li se vrijednost signifikantnosti za *skalu samoprocjene uspješnog starenja* 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 *materijalni status ispitanika*, pri čemu je vrijednost pokazatelja viša za ispitanike koji imaju viši materijalni status.

5. RASPRAVA

Uspješno starenje potrebno je cjelovito proučavati iz svih sustava okoline koji ih okružuju, osim individualnih karakteristika, pri čemu se za poboljšanje uspješnosti starenja moraju uzeti u obzir psihološke karakteristike pojedinca i promjene u društvenom okruženju kao i u obiteljskim odnosima. Cilj istraživanja bio je ispitati percepciju i uvjerenja starijih osoba o značajkama uspješnog starenja odnosno u kojoj mjeri ispitanici doživljavaju vlastito starenje kao uspješno te ispitati postoje li razlike u percepciji važnosti ispitanih obilježja uspješnog starenja. Postavljene su sljedeće hipoteze:

H1. Postoji međusobna povezanost uspješnog starenja s dobi, spolom i stručnom spremom.

H2. Postoje statistički značajne razlike u percepciji uspješnog starenja u odnosu na mjesto življenja.

Istraživanje je provedeno među 100 ispitanika oba spola starosne dobi od 65 godina i više na području Dubrovačko – neretvanske županije. Najzastupljeniji su ispitanici ženskog spola, njih 51,0%. U istraživanju je najzastupljeniji broj ispitanika u dobi od 65 do 74 godine, njih 32,0%, a najviše ispitanika (42,0%) ima srednju stručnu spremu. Prema mjestu stanovanja ispitanici iz ruralnog i urbanog područja su podjednako zastupljeni. U obiteljskoj kući živi 55,0% ispitanika, a najmanji broj ispitanika (34,0%) živi s ostalim članovima obitelji. Najveći udio ispitanika (44,0) je u braku, a 48,0% ispitanika je prosječnog materijalnog statusa.

Prema rezultatima ovog istraživanja ne postoji međusobna povezanost uspješnog starenja s dobi, mjestom i načinom življenja te bračnim statusom, no postoji statistički značajna razlika u percepciji uspješnog starenja u odnosu na spol, stručnu spremu i materijalni status.

U studiji Jang i suradnika ispitanici muškog spola imali su 1,19 puta veće šanse za postizanje uspješnog starenja, što se pokazalo i drugim studijama (35). U studiji Jeonga i suradnika, kao i studija Deppa i suradnika, pokazalo se da spol nije značajan faktor koji utječe na uspješnost starenja što se pokazalo u ovom istraživanju u kojem nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na spol ispitanika. U studijama se stopa mogućnosti postizanja uspješnog starenja smanjivala kako je dob rasla. Međutim, starenjem raste i stopa starije populacije što

zahtijeva provođenje određenih mjera. Poželjno je promicati društvene aktivnosti uz održavanje kognitivnih funkcija kod starijih osoba kako bi se postiglo uspješno starenje.

Studija provedena u Kanadi pokazala je da, dok je starija dob prediktor kognitivnih ili fizičkih oboljenja i smrtnosti, nije se pokazala stopa sreće u trećoj dobi ili životnog zadovoljstva (36). Međutim, zahvaljujući studiji koju su proveli Depp i Jeste 2006. godine pokazalo se da je dob značajan prediktor uspješnog starenja, što se podudara i s rezultatima našeg istraživanja (37). Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna razlika s obzirom na dob ispitanika pogotovo kod ispitanika u dobi od 65 do 74 i 75 – 84 godina.

U ovom istraživanju se pokazalo da postoji statistički značajna razlika s obzirom na obrazovanje ispitanika, a vrijednost pokazatelja je najniža kod ispitanika koji imaju osnovnu školu. Viša obrazovna razina donosi bolji ekonomski status što povećava mogućnost uspješnog starenja. To je potvrđeno i u drugim studijama Deppa i suradnika te Jeona i suradnika gdje su razina obrazovanja i razina prihoda bili utjecajni čimbenici za uspješno starenje (37). Razina obrazovanja često se navodi kao ključni faktor za predviđanje kvalitete života u starijoj dobi. Starije osobe s višom razinom obrazovanja također aktivnije sudjeluju u društvenim aktivnostima u kasnijim godinama, što pozitivno utječe na zadovoljstvo životom (38). Zbog treba provesti intervencije koje pospješuju uspješno starenje osoba s niskom razinom obrazovanja i lošijim ekonomskim statusom. Uspostavljanje sustava cjeloživotnog učenja za starije osobe može povećati razinu obrazovanja. Ekonomski gledano, potrebno je aktivno utjecati na zapošljavanje starijih osoba uz provođenje mjera za promicanje ekonomske stabilnosti kućanstava s niskim primanjima.

U svim dijelovima svijeta postoji razlika urbanog i ruralnog stanovništva u demografskim karakteristikama, socioekonomskom statusu i korištenju zdravstvene zaštite. U usporedbi s urbanim stanovništvom, ruralno stanovništvo je manje obrazovano, češće obolijeva od kroničnih bolesti i postoji manja vjerojatnost da je zaposleno i ima prihode. Također, u ruralnim zajednicama starije osobe nemaju pristup zdravstvenoj zaštiti kao u urbanoj sredini. Nekoliko studija uključujući studiju Feng i suradnika te Liu i suradnika provedeno u manje razvijenim zemljama potvrdilo je ovu razliku i uočilo gradijent ruralno - urbanog korištenja zdravstvene skrbi, pri čemu je prebivalište starijih ljudi u ruralnim područjima negativno povezano s uspješnim starenjem (39). Međutim, studija Muhammad i suradnika pokazala je da veći udio

starijih osoba koje žive u ruralnim područjima ispunjava kriterije uspješnog starenja za razliku od starije populacije u urbanim područjima. Brojne studije su pokazale da starije osobe u ruralnim područjima imaju manje kroničnih bolesti nego starije osobe u urbanim područjima (40). Međutim, ti podaci mogu biti rezultat nedovoljno postavljenih dijagnoza. Na temelju podataka iz ovog istraživanja može se zaključiti da nema statistički značajne razlike s obzirom na mjesto stanovanja.

Iz literature je vidljivo da starije osobe radije žive same. Starijim osobama je teško priznati da im je potrebna podrška, međutim, sigurnost doma i blizina obitelji olakšavaju socijalnu interakciju u starijoj dobi. Zahvaljujući razvoju društva i većim preferencijama za neovisnost i privatnost, starije osobe imaju želju za samostalnim životom. S druge strane, starost je razdoblje često obilježeno usamljenošću koja je povezana s depresijom i niskom kvalitetom života. Studija provedena u Singapuru pokazala je da su starije osobe koje žive sa svojom djecom imale veću vjerojatnost od osjećaja usamljenosti (42). Način stanovanja može utjecati na društvene interakcije starijih osoba. Literatura također pokazuje da starije osobe koje žive s partnerom imaju bolje tjelesno i mentalno zdravlje (43). Prema studiji provedenoj u Turskoj, starije osobe koje su živjele s drugim članovima obitelji i bez supružnika imale su niže rezultate kvalitete života u domenama autonomije i društvene participacije (44). U ovom istraživanju se nije pokazala statistički značajna razlika s obzirom na način stanovanja.

Pokazalo se da bračni status ima značajan učinak na uspješno starenje i kod muškaraca i žena (45). Poticanje udovaca ili samaca na ponovni brak, formiranje obitelji i društvo supružnika olakšavaju starenje. U studiji Daely i suradnika pokazalo se da starije osobe koje su već u braku imaju najvišu srednju kvalitetu života, a postoji značajna razlika u prosječnoj kvaliteti života starijih osoba u braku, onih koji nisu u braku i onih koji su razvedeni (46). Starije osobe koje su u braku provode većinu vremena sa svojim supružnicima, dok starije osobe koje nisu u braku provode više vremena same ili u interakciji s ostalim članovima obitelji i prijateljima. Veći utjecaj u obiteljskom sustavu ima odnos sa supružnikom, a ne djecom, a taj rezultat odražava promjenu načina života starijih osoba. Studija Fideckog i suradnika pokazala je da starije osobe koje su u braku imaju bolju kvalitetu života (47). Ti rezultati se razlikuju od rezultata dobivenih u studiji Lima i suradnika u kojima se nije pokazala nikakva povezanost između

bračnog statusa i kvalitete života (48). To se potvrđuje i ovim istraživanjem u kojemu nije uočena statistički značajna razlika s obzirom na bračni status.

Razina prihoda je jedan od utjecajnijih čimbenika za postizanje uspješnog starenja. Materijalni status pojedinca utječe na stjecanje elemenata aktivnog starenja. Niži dohodak negativno utječe na mentalno zdravlje i pogoršava kvalitetu života. Treća životna dob je razdoblje kada prihodi i socijalna podrška opadaju. Poteškoće u zadovoljavanju osnovnih potreba ugrožavaju dobrobit u starijoj dobi. U studiji Dolan i suradnika se pokazalo da je loše zdravlje povezano s niskim prihodima i materijalnim čimbenicima poput nedostatka resursa pojedinca do siromaštva u zajednici (49). Može se reći da materijalni status ima veliki utjecaj na uspješnost starenja jer se strah od financijskih poteškoća negativno odražava na starenje. Glavni izvor prihoda starijih osoba je mirovina. Starije osobe u Republici Hrvatskoj često moraju tražiti način da dopune svoje prihoda s obzirom na to da su mirovinske naknade vrlo male. Istraživanje provedeno u ruralnom području Grčke pokazalo je da većina ispitanika nije imala kupaonicu u svom domu, kao glavni izvor energije koristili su ogrjev ili parafin a pristup financijskim sredstvima im je bio ograničen, što im je u velikoj mjeri narušavalo kvalitetu života (50). Istraživanje provedeno među 13.092 starijih Europljana pokazalo je da na kvalitetu života tijekom umirovljenja utječu socioekonomski uvjeti u djetinjstvu, odnosno da su oni s boljom financijskom situacijom u djetinjstvu imali veći pristup kvalitetnom obrazovanju, što je rezultiralo višim prihodima tijekom radnog vijeka i većom razinom kvalitete života u mirovini (51). Ti rezultati su u skladu s rezultatima ovog istraživanja koji pokazuju da postoji statistički značajna razlika s obzirom na materijalni status ispitanika a pri čemu je vrijednost pokazatelja viša za ispitanike s višim materijalnim statusom.

Navedeni rezultati djelomično potvrđuju Prvu hipotezu (H1) koja glasi: „Postoji međusobna povezanost uspješnog starenja s dobi, spolom i stručnom spremom.“ Pokazalo se da postoji međusobna povezanost uspješnog starenja sa spolom i stručnom spremom, no ne i s dobi.

Druga hipoteza (H2) koja glasi: „Postoje statistički značajne razlike u percepciji uspješnog starenja u odnosu na mjesto življenja.“ nije potvrđena. Rezultati su pokazali da pokazalo se da ne postoji međusobna povezanost uspješnog starenja u odnosu na mjesto življenja (ruralna:urbana sredina).

Na Skali samoprocjene uspješnog starenja najviša vrijednost aritmetičkih sredina odgovora ispitanika zabilježena je za pitanja: *uključen/na sam u svijet i ljude koji me okružuju* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,67 dok standardna devijacija iznosi 0,93, zatim *imam prijatelje i obitelj koji su tu zbog mene* gdje aritmetička sredina odgovora ispitanika iznosi 3,64 dok standardna devijacija iznosi 0,94. Rezultati pokazuju da većina ispitanika starenje procjenjuje uspješni, kao i postojanje socijalne podrške te uključenosti u zajednicu, što u velikoj mjeri utječe na kvalitetu starenja.

6. ZAKLJUČAK

Uspješno starenje je koncept koji stavlja naglasak na aktivnost, vitalnost i razvijanje potencijala i u starijoj dobi, uz očuvanje zdravlja.

Provedeno je mnogo studija o uspješnosti starenja i zdravlju, no većina ih se bazira na pojedinačnim ishodima kao što su mentalno ili tjelesno zdravlje. Međutim, potrebno je uzeti u obzir različite dimenzije povezane s uspješnim starenjem. Cilj istraživanja je bio ispitati percepciju i uvjerenja starijih osoba o značajkama uspješnog starenja te postoje li razlike u percepciji važnosti ispitanih obilježja uspješnog starenja s obzirom na demografske karakteristike. Rezultati rada su pokazali da ne postoji međusobna povezanost uspješnog starenja s dobi, mjestom i načinom življenja te bračnim statusom. Međutim, pokazala se statistički značajna razlika u percepciji uspješnog starenja prema spolu, stručnoj spremi i materijalnom statusu. Većina ispitanika starenje procjenjuje uspješnim uz zadovoljstvo uključenosti u socijalnu zajednicu, kao i podršku koju ima od strane obitelji i prijatelja, a što je od velikog značaja za uspješno i kvalitetno starenje.

Prilikom procjene i planiranja skrbi za starije osobe, osim kriterija uspješnog starenja, obavezno se u obzir mora uzeti i pristup same osobe konceptu uspješnog starenju, kao i procijeniti utjecaj društvenih i okolišnih uvjeta na kvalitetu života starijih osoba te identificirati moguće čimbenike rizika za njihovo fizičko, psihičko, mentalno, duhovno i socijalno zdravlje kako bi se omogućilo uspješno starenje i povećanje kvalitete života osoba u trećoj životnoj dobi.

7. LITERATURA

1. Broz Lj, Budisavljević M, Franković S, Not T. Zdravstvena njega 3. Školska knjiga: Zagreb; 2009.
2. Jedvaj S, Štambuk A, Rusac S. Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije. Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti. 2014;1(1):135-154.
3. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BC, Brayne C. Operational definitions of successful aging: A systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2014;26:373–381.
4. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *The Gerontologist*. 1997;37:433–440.
5. World Health Organization. Ageing: Global population. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/population-ageing>. Pristupljeno: 03.08.2023.
6. Park DC, Yeo SG. Aging. *Korean J Audiol*. 2013;17(2):39-44.
7. Hernandez-Segura A, Nehme J, Demaria M. Hallmarks of Cellular Senescence. *Trends Cell Biol*. 2018;28(6):436-453.
8. Strandberg AY, Strandberg TE, Stenholm S, Salomaa VV, Pitkälä KH, Tilvis RS. Low midlife blood pressure, survival, comorbidity, and health-related quality of life in old age: the Helsinki Businessmen study. *Journal of Hypertension*. 2014;32:1797–1804.
9. Hartley A, Angel L, Castel A, et al. Successful aging: The role of cognitive gerontology. *Experimental Aging Research*. 2018;44(1):82–93.
10. Fernandez-Ballesteros R, Benetos A, Robine JM. *Cambridge handbook of successful aging*. Cambridge University Press; 2019.
11. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48(1):16–31.
12. Karttunen NM, Turunen J, Ahonen R, Hartikainen S. More attention to pain management in community-dwelling older persons with chronic musculoskeletal pain. *Age Ageing*. 2014;43:845–850.

13. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Ageing Process and Physiological Changes [Internet]. Gerontology. InTech; 2018. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.76249>. Pristupljeno: 01.08.2023.
14. Imoscopi A, Inelmen EM, Sergi G, Miotto F, Manzato E. Taste loss in the elderly: Epidemiology, causes and consequences. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2012;24(6):570-579
15. Toffanello ED, Inelmen EM, Imoscopi A, Perissinotto E, Coin A, Miotto F, Donini LM, Cucinotta D, Barbagallo M, Manzato E, Sergi G. Taste loss in hospitalized multimorbid elderly subjects. *Clinical Interventions in Aging*. 2013;8:167-174.
16. Gaines AD. Anosmia and hyposmia. In: *Allergy and Asthma Proceedings*. OceanSide Publications, Inc.; 2010;31(3):185-189
17. Murphy C, Schubert CR, Cruickshanks KJ, Klein BE, Klein R, Nondahl DM. Prevalence of olfactory impairment in older adults. *JAMA*. 2002;288(18):2307-2312
18. Schiffman SS, Zervakis J. Taste and smell perception in the elderly: Effect of medications and disease. *Advances in Food and Nutrition Research*. 2002;44:247-346.
19. Wickremaratchi MM, Llewelyn JG. Effects of ageing on touch. *Postgraduate Medical Journal*. 2006;82(967):301-304
20. Carpenter MG, Adkin AL, Brawley LR, Frank JS. Postural, physiological and psychological reactions to challenging balance: Does age make a difference? *Age and Ageing*. 2006;35(3):298-303.
21. Pandey NM, Tripathi RK, Kar SK, Vidya KL, Singh N. Mental health promotion for elderly populations in World Health Organization South-East Asia Region: Needs and resource gaps. *World J Psychiatry*. 2022;12(1):117-127.
22. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990.
23. Young Y, Frick KD, Phelan EA. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *JAMDA*. 2009;10:87–92.
24. Kim SH, Park S. A Meta-analysis of the correlates of successful aging in older adults. *Research on Aging*. 2016;39(5):657–677.

25. Han K, Lee Y, Gu J, Oh H, Han J, Kim K. Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:31.
26. Menassa M, Stronks K, Khatmi F, Roa Díaz ZM, Espinola OP, Gamba M, Itodo OA, Buttia C, Wehrli F, Minder B, Velarde MR, Franco OH. Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *EClinicalMedicine*. Dostupno na: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00550-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00550-8/fulltext). Pristupljeno: 03.08.2023.
27. Fallon CK, Karlawish J. Is the WHO definition of health aging well? Frameworks for “Health” after three score and ten. *Am. J. Public Health*. 2019;109(8):1104–1106.
28. Rudnicka E, Napierała P, Podfigurna A, Męczekalski B, Smolarczyk R, Grymowicz M. The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*. 2020;139:6-11.
29. da Silva JB Jr, Rowe JW, Jauregui JR. Healthy aging in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;1(45):116.
30. Hale D, Marshall K. Healthy Aging: How It's Done. *Home Healthcare Now*. 2018;36(5):326.
31. Wu F, Drevenhorn E, Carlsson G. Nurses' Experiences of Promoting Healthy Aging in the Municipality: A Qualitative Study. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(2):131.
32. Ferreira R, Baixinho CL, Ferreira ÓR, Nunes AC, Mestre T, Sousa L. Health Promotion and Disease Prevention in the Elderly: The Perspective of Nursing Students. *J Pers Med*. 2022;12(2):306.
33. Talarska D, Tobis S, Kotkowiak M, Strugała M, Stanisławska J, Wieczorowska-Tobis K. Determinants of Quality of Life and the Need for Support for the Elderly with Good Physical and Mental Functioning. *Med Sci Monit*. 2018;24:1604-1613.
34. Wilkinson-Meyers L, Brown P, McLean C, Kerse N. Met and unmet need for personal assistance among community – dwelling New Zealanders 75 years and over. *Health Soc Care Commun*. 2014;22(3):317–27.
35. Jang HY. Factors Associated with Successful Aging among Community-Dwelling Older Adults Based on Ecological System Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3220.

36. Menec VH. The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Social Sciences*. 2003; 58(2): 74–82.
37. Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2006;14:6–20.
38. Park SM. Effects of health status on life-satisfaction of the elderly: Focusing on the mediating and moderating effects of social activities and economic activities. *KJGSW*. 2011;9:305–332.
39. Liu H, Byles JE, Xu X, et al. Evaluation of successful aging among older people in China: Results from China health and retirement longitudinal study. *Geriatr. Gerontol. Int*. 2017;17:1183–1190.
40. Muhammad T, Srivastava S, Hossain B, Paul R, Sekher TV. Decomposing rural-urban differences in successful aging among older Indian adults. *Sci Rep*. 2022;12(1):1-14.
41. Gupta R. Smoking, educational status & health inequity in India. *Indian J. Med. Res*. 2006;124:15–22.
42. Lim LL, Kua EH. Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2011;2011:1-9
43. Kim HJ, Fredriksen-Goldsen KI. Living Arrangement and Loneliness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults. *Gerontologist*. 2016;56(3):548–558.
44. Yigen H, Gunay O, Borlu A. Relationship between living arrangements, quality of life and depressive symptoms of older adults. *Medicine Science*. 2018;7(1):1–1.
45. Liu L, Zhang T, Li S, Pan G, Yan L, Sun W. Successful Aging Among Community-Dwelling Older Adults in Urban Areas of Liaoning Province: The Crucial Effect of Visual Ability. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:3729-3738.
46. Daely S, Nuraini T, Gayatri D, Pujasari H. Impacts of age and marital status on the elderly's quality of life in an elderly social institution. *J Public Health Res*. 2021;11(2):2731. d
47. Fidecki W, Widomska E, Wysokiński M, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K, Kryś J, et al. Selected quality of life elements in elderly inhabitants of lublin. *Gerontol Pol*. 2015;4:143–58

48. Lima MG, Barros MB, César CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among the elderly: A population-based study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*. 2009;25:2159–67.
49. Dolan P, Peasgooda T, Whiteb M. Do we really know what makes us happy: a review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *J Econ Psychol*. 2008;29(1):94–122.
50. Mugomeri E, Chatanga P, Khetheng T, Dhemba J. Quality of life of the elderly receiving old age pension in Lesotho. *J Aging Soc Policy*. 2017;29(4):371–393
51. Börnhorst C, Heger D, Mensen A. Associations of childhood health and financial situation with quality of life after retirement - regional variation across Europe. *PLoS One*. 2019 8;14(4):e0214383. Dostupno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214383>. Pristupljeno: 01.09.2023.

PRILOG

Anketni upitnik

Poštovani,

molim Vas za pomoć u istraživanju. Ovo istraživanje se provodi u svrhu izrade završnog rada na preddiplomskom stručnom studiju „Sestrinstvo“, Sveučilišta u Dubrovniku, na temu „Koncept uspješnog starenja“, pod mentorstvom dr. sc. Sanje Zoranić. Cilj istraživanja je ispitati percepciju i uvjerenja starijih osoba o značajkama uspješnog starenja, tj. u kojoj mjeri ispitanici, vlastito starenje doživljavaju kao uspješno, te postoje li razlike u percepciji važnosti ispitanih obilježja uspješnog starenja. Podaci će se prikupiti anketom koja se sastoji od sociodemografskih podataka i Skale samoprocjene uspješnog starenja. Prikupljeni podaci će se koristiti isključivo u svrhu istraživanja, tj. izrade rada i ni na koji način neće narušiti Vašu privatnost. Upitnik je anoniman i sudjelovanje dobrovoljno. Kako bi se dobili što objektivniji rezultati, molim Vas, da na postavljena pitanja odgovarate iskreno.

Za sva pitanja i komentare možete se obratiti Ana-Mariji Šoletić, putem e-mail adrese: anamarijasoletic17@gmail.com.

Unaprijed Vam hvala na strpljenju i suradnji.

Studentica

Ana-Marija Šoletić

Anketni upitnik

1. Spol

- a. Muški
- b. Ženski

2. Dob

- a. 65-74 godina
- b. 75-84 godina
- c. 85-94 godina
- d. 95 godina i više

3. Obrazovanje:

- a. Osnovna škola
- b. Srednja stručna sprema
- c. Viša stručna sprema
- d. Visoka stručna sprema
- e. Magisterij/doktorat znanosti

4. Mjesto stanovanja

- 1. urbano naselje (grad)
 - a. obiteljska kuća
 - b. stambeni objekt

- 2. ruralno naselje (selo)
 - a. obiteljska kuća
 - b. stambeni objekt

5. Način stanovanja

- a. Živim sam/a
- b. Sa suprugom
- c. Sa ostalim članovima obitelji

6. Bračni status

- a. Samac
- b. Razdvojena/razdvojen
- c. U braku
- d. U izvanbračnoj zajednici
- e. Razvedena/razveden
- f. Udovica/udovac

7. Materijalni status

- a. Mnogo lošiji od prosjeka
- b. Nešto lošiji od prosjeka
- c. Prosječno
- d. Nešto bolje od prosjeka
- e. Mnogo bolje od prosjek

Skala samoprocjene uspješnog starenja

Molimo Vas da procijenite koliko se svaka od dolje navedenih tvrdnji odnosi na Vas osobno. Pri tome koristite skalu na kojoj brojevi imaju sljedeće značenje:

	1	2	3	4	5
uopće se NE odnosi na mene		uglavnom se NE odnosi na mene	niti se odnosi niti se ne odnosi na mene	uglavnom se odnosi na mene	u potpunosti se odnosi na mene

1. Mislim da ću živjeti vrlo dugo	1	2	3	4	5
2. Dobroga sam zdravlja	1	2	3	4	5
3. Zadovoljan/na sam svojim životom većinu vremena	1	2	3	4	5
4. Imam gene (naslijeđe) koji mi pomažu da dobro starim	1	2	3	4	5
5. Imam prijatelje i obitelj koji su tu zbog mene	1	2	3	4	5
6. Uključen/na sam u svijet i ljude koji me okružuju.	1	2	3	4	5
7. Sposoban/na sam odabrati stvari koje se tiču mog starenja, kao što prehrana, vježbanje i pušenje	1	2	3	4	5
8. Sposoban/na sam postići sve ono što trebam i nešto od onoga što želim	1	2	3	4	5
9. Ne osjećam se usamljeno ili izolirano.	1	2	3	4	5
10. Uspješno se prilagođavam promjenama koje su povezane sa starenjem	1	2	3	4	5
11. Sposoban/na sam brinuti se o sebi	1	2	3	4	5
12. Imam osjećaj mira kada razmišljam o tome da neću živjeti vječno	1	2	3	4	5
13. Imam osjećaj da sam bio/bila sposoban/na utjecati na tuđe živote na pozitivan način	1	2	3	4	5
14. Ne žalim za načinom na koji sam proveo/la svoj život	1	2	3	4	5
15. Radim na plaćenim ili volonterskim aktivnostima nakon uobičajene dobi za umirovljenje	1	2	3	4	5
16. Osjećam se dobro sa samim sobom.	1	2	3	4	5
17. Sposoban/na sam uspješno se suočiti s promjenama u svojim kasnijim	1	2	3	4	5

godinama.					
18. Ne bolujem od kroničnih bolesti	1	2	3	4	5
19. Nastavljam učiti nove stvari i u kasnijim godinama	1	2	3	4	5
20. Sposoban/na sam djelovati u skladu s mojim standardima i vrijednostima	1	2	3	4	5