

PREDIKTIVNA VRIJEDNOST POVEZLJIVOSTI U SAMOPERCEPCIJI USPJEŠNOG STARENJA

Plužarić, Jadranka

Doctoral thesis / Disertacija

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Medicine Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:023717>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-04**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the Faculty of Medicine Osijek](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Jadranka Plužarić

PREDIKTIVNA VRIJEDNOST POVEZLJIVOSTI U
SAMOPERCEPCIJI USPJEŠNOG STARENJA

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Jadranka Plužarić

PREDIKTIVNA VRIJEDNOST POVEZLJIVOSTI U
SAMOPERCEPCIJI USPJEŠNOG STARENJA

Doktorska disertacija

Osijek, 2023.

Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Vesna Ilakovac

Komentor rada: doc. dr. sc. Ivana Barać

Rad ima 83 stranice, 40 tablica i 2 slike.

ZAHVALA

Veliki broj ljudi, svatko na svoj način, zaslužan je za izradu ovog doktorskog rada. Svima njima od srca zahvaljujem!

Posebno se zahvaljujem:

Svojim mentoricama izv. prof. dr. sc. Vesni Ilakovac i doc. dr. sc. Ivani Barać, koje su mi poklonile svoje povjerenje i nesebično me vodile kroz cijeli doktorski studij.

Svim kolegama i kolegicama s Katedre za sestrinstvo Fakulteta za dentalnu medicinu i zdravstvo u Osijeku i Katedre za medicinsku statistiku i medicinsku informatiku Medicinskog fakulteta u Osijeku.

Prijateljima iz struke i izvan struke koji su uvijek bili uz mene.

Svojoj razrednici, profesorici i životnoj učiteljici, dr. sc. Nadi Prlić, prvoj doktorici znanosti u sestrinstvu u Hrvatskoj, koja nam je pokazala kako se uči, radi i živi sestrinstvo.

Svojoj obitelji, koja mi je bila snažan oslonac i podrška tijekom svih godina stručnog i znanstvenog rada.

Ovaj rad posvećujem mojim prijateljicama, medicinskim sestrama Katici Đeri, Miri Fernbach i Stani Koščak, s kojima desetljećima dijelim ljubav prema sestrinstvu.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Starost i starenje.....	1
1.2. Teorije starenja	2
1.3. Gerontološko sestrinstvo	4
1.3.1. Sestrinske teorije starenja.....	4
1.4. Uspješno starenje	5
1.4.1. Sestrinske teorije i modeli uspješnog starenja	8
1.5. Odrednice uspješnog starenja	9
1.5.1. Funkcionalna sposobnost	9
1.5.2. Samopoštovanje	10
1.5.3. Zadovoljstvo životom	10
1.5.4. Depresija.....	11
1.5.5. Usamljenost	11
1.5.6. Povezljivost.....	12
2. HIPOTEZA	15
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	16
4. ISPITANICI I METODE	17
4.1. Etička načela	17
4.2. Ustroj studije	17
4.3. Ispitanici.....	17
4.4. Metode.....	19
4.4.1. Statističke metode	21
5. REZULTATI.....	22
5.1. Provjera faktorske strukture instrumenta Skala povezljivosti (RC SOA)	22
5.1.1. Konstruktna valjanost.....	22

5.1.2. Pouzdanost.....	24
5.1.3. Osjetljivost	24
5.2. Osnovna obilježja ispitanika.....	25
5.3. Procjena razine povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, depresije, usamljenosti i uspješnog starenja	26
5.3.1. Procjena razine povezljivosti.....	26
5.3.2. Procjena funkcionalne sposobnosti	29
5.3.3. Procjena samopoštovanja.....	30
5.3.4. Procjena životnog zadovoljstva.....	31
5.3.5. Procjena simptoma i znakova moguće depresije	32
5.3.6. Skala usamljenosti (UCLA skala).....	34
5.3.7. Procjena uspješnog starenja.....	36
5.4. Razlike u povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, simptomi i znakovi depresije, usamljenosti i uspješnog starenja s obzirom na opća obilježja ispitanika.	38
5.5. Doprinos povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, moguće depresije, usamljenosti i uspješnom starenju starijih osoba	48
5.6. Utjecaj povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, depresije i usamljenosti na vjerojatnost boljeg uspješnog starenja starijih osoba (logistička regresija)	52
6. RASPRAVA.....	54
7. ZAKLJUČAK	62
8. SAŽETAK.....	63
9. SUMMARY	65
10. LITERATURA.....	67
11. ŽIVOTOPIS	80

1. UVOD

Starenje stanovništva globalni je problem razvijenih zemalja svijeta, koji se javlja kao posljedica pada stope nataliteta, produljenja očekivanog trajanja života, starenja *baby boom* generacije i migracija. U zemljama Europske unije (EU-27) 2019. bilo je više od petine (20,3 %) osoba s 65 i više godina. Očekivanja su da će se taj broj i dalje povećavati i do 2100. činiti 31,3 % stanovništva u EU-27. Istovremeno će se 2,5 puta povećati udio osoba iznad 80 godina, što će povećati stopu ovisnosti starijih osoba s 30,8 u 2018. godini na čak 52,8 % u 2068. (1).

Prema podacima Popisa stanovništva 2021. godine u Republici Hrvatskoj je od ukupno 3 888 529 stanovnika 868 638 (22,3 %) osoba starijih od 65 godina (2), čime se Hrvatska svrstava u red zemalja s najstarijim stanovništvom u Europi. Posljedice starenja stanovništva značajne su i dopiru duboko u sve segmente društva, posebno na zdravstveni i socijalni sustav države što značajno utječe na njihovu dugoročnu održivost (3). Povećani ekonomski zahtjevi unutar zdravstvenog i socijalnog sustava koji nisu dovoljno spremni zadovoljiti rastuće potrebe starijih osoba mogu dovesti do etičkih dilema prilikom raspodjele ograničenih sredstava kod starijih osoba te povećati rizik gubitka usluga, što bi moglo dovesti do ugrožavanja njihovog zdravlja (4). Kako bi se smanjili negativni financijski i etički učinci demografskog starenja, kao i nepovoljni utjecaji na zdravlje starijih osoba, potrebno je usmjeriti se na promicanje zdravlja i sprječavanje bolesti, kako bi sve više starijih osoba doživjelo duboku starost sa što boljom funkcionalnom sposobnošću. Ovakav pristup ne samo da obuzdava rastuću gerijatrijsku potrošnju, već osigurava društvu mnoge blagodati doprinosa starijih osoba u svim područjima života, uključujući njihove obitelji i zajednicu (5).

1.1. Starost i starenje

Starost predstavlja posljednje životno razdoblje definirano prije svega kronološkom dobi. Dobna odrednica za starije osobe je prema klasifikaciji Ujedinjenih naroda (UN) 65 godina života (6). Postoje velike razlike u procesu starenja između pojedinih starijih osoba (7). Osim toga, ne stare u pojedinca niti svi organski sustavi jednakom brzinom, istovremeno, niti istim redoslijedom. Na psihološkoj razini razlike su još veće, a na socijalnoj razini, promjene u procesu starenja određene su kulturnim i povijesnim razlikama (7). Prepoznavanje velikih razlika između osoba starije dobi rezultiralo je

podjelom starosti prema kronološkoj dobi u tri skupine: ranija starost (65 – 74 godine), srednja starost (75 – 84 godine) i duboka starost (85 i više godina) (8).

Starenje je stalan i nepovratan proces kojega označavaju fiziološke promjene na svim biološkim razinama i kod svakoga čovjeka. Postoje individualne razlike tijekom starenja neovisno o kronološkoj dobi (6).

1.2. Teorije starenja

Znanstveni interes za istraživanja starenja započinje početkom prošlog stoljeća kada dolazi do produljenja očekivanoga trajanja života i kada se broj starijih odraslih osoba u svjetskoj populaciji počeo značajno povećavati. Zanimanje za proučavanje starenja proizlazi iz znanstvenih, društvenih i osobnih razloga. Istraživanja starenja intenzivno su se provodila u okviru biološke, medicinske, psihološke i sociološke znanosti. Iako se taj interdisciplinarni pristup proučavanja starenja nastojao integrirati u novo znanstveno područje, gerontologiju, znanstvenici su i dalje nastojali pronaći teoriju koja može objasniti fenomen starenja u okviru svojih matičnih znanosti. Međutim, još ne postoji niti jedna definicija ili teorija koja objašnjava sve aspekte starenja. Među mnogim teorijama postoji visok stupanj podudarnosti i međusobnog nadopunjavanja. Teorije starenja pokušavaju objasniti i istražiti različite biološke, društvene i psihološke dimenzije starenja. Kako bi se objasnili različiti aspekti složenih pojava koje nazivamo starenjem, znanstvenici predlažu kombiniranje, odnosno prihvaćanje više teorija istodobno (9).

Biološke teorije su najzastupljenije teorije starenja i ima oko tri stotine. Najpoznatije su genetske, fiziološke i teorije promjena funkcije organa. Genetske teorije ističu genetsku predodređenost očekivanog trajanja života. Najpoznatije teorije starenja iz ove skupine su teorija pogreške, teorija somatske mutacije i teorija programiranog starenja. Fiziološkim teorijama pripadaju teorija slobodnih radikala, teorija unakrižne povezanosti i teorija nakupljanja otpadnih tvari. Teoriji promjena funkcija organa pripadaju imunološke i neuroendokrinološke teorije starenja koje se međusobno isprepliću. Utemeljene su na važnoj ulozi imunološkog i endokrinološkog sustava u regulaciji mnogih procesa u organizmu koji u procesu starenja postaju manje učinkoviti (10).

Psihološke teorije starenja proučavaju promjene u psihičkom razvoju čovjeka i prilagodbi ličnosti na starenje. Najpoznatiji teorijski pristup u proučavanju starenja jest teorija životnog vijeka ili životnog ciklusa, prema kojima se tijekom života određenim slijedom izmjenjuju razvojna razdoblja u kojima se događaju predvidljive normativne promjene povezane s kronološkom dobi. Na kraju svakog životnog razdoblja dolazi do krize ili prekretnice, koja može imati pozitivan i negativan ishod. Pozitivan ishod u jednom životnom razdoblju nužan je za napredovanje u sljedećem (7). Prema teoriji psihosocijalnog razvoja Erika Eriksona (11), na prijelazu odrasle dobi i starenja javlja se kriza, izazov ili prekretnica koja može završiti pozitivnim (integracija) i negativnim ishodom (očaj). Ovisno o ishodima prethodnih kriza, osoba svoj život može procijeniti uspješnim, osjećati se dobro integriranom osobom koja prihvaća vlastitu starost i smrtnost. Međutim, ako su ishodi većine prethodnih kriza bili negativni osoba će u starosti biti nezadovoljna, očajna, teško će se suočavati s procesom starenja, jer više ne može ispraviti prethodne neuspjehe. Vrijednost ove teorije je što u razumijevanju starijih osoba, ističe važnost sagledavanja cijelog životnog ciklusa, sa svim uspješno i neuspješno razriješenim problemima iz ranijih životnih razdoblja.

Sociološke teorije starenja objašnjavaju promjene u procesu starenja između pojedinca i društva, a očituju se promjenama socijalnih aktivnosti, socijalnih interakcija i socijalnih uloga. Starenje s aspekta demografskih i socioloških promjena te izloženost pojedinca kulturnim i društvenim utjecajima proučavaju socijalne makroteorije. Socijalno starenje na razini pojedinca, njegov socijalni status i uloge koje mu društvo dodjeljuje i temeljem kojih on određuje svoju vrijednost, objašnjavaju socijalne mikroteorije. Socijalno povezujuće teorije nastoje povezati pojedince i socijalnu strukturu u procesu starenja kroz njihove uzajamne reakcije (7,12,13). Sredinom prošlog stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) se pojavljuju i dvije najznačajnije socio-kulturalne teorije. Prva je teorija odvajanja koja ističe neizbježnost starenja i rezultira postupnim obostranim povlačenjem pojedinca od društva i društva od pojedinca. Smatrali su to korisnim procesom koji omogućava starijim osobama blagostanje lišeno obveza, a društvu omogućava bolju funkcionalnost (14). Ova je teorija doživjela velike kritike zbog fokusiranja na starost kao vrijeme pripreme za smrt, a ne kao životno razdoblje s vlastitim rastom i razvojem. Kao odgovor na teoriju odvajanja razvila se druga, pozitivistička teorija nazvana teorija aktivnosti prema kojoj je starenje životno iskustvo povezano s razvojem novih aktivnosti koje zamjenjuju one

iz ranijih razdoblja života. Zamjena izgubljenih funkcija je nužna za postizanje psihičkog i tjelesnog blagostanja u starijoj dobi (12,15).

1.3. Gerontološko sestrinstvo

Gerontološka sestrinska skrb zauzima sve veći dio profesionalnog rada medicinskih sestara. Glavni je cilj gerontološkog sestrinstva pomaganje starijim osobama da poboljšaju ili očuvaju funkcionalnu sposobnost u skladu s promjenama koje su povezane s procesom starenja. Uključivanjem holističkog pristupa skrbi o starijim odraslim osobama, medicinske sestre mogu sveobuhvatnije promatrati ovaj sve veći dio stanovništva. Interakcije između gerontoloških medicinskih sestara i starijih odraslih osoba nisu ograničene na određenu bolest ili fiziološki proces, apsolutne razvojne zadatke ili psihosocijalne promjene. Praksa utemeljena na dokazima pruža medicinskim sestrama metodu korištenja kritički procijenjenih i znanstveno utemeljenih dokaza za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite starijoj populaciji. Medicinske sestre imaju sposobnost sinteze različitih aspekata i teorija starenja i promatraju starije osobe u njihovom okruženju, uključujući fizičke, mentalne, emocionalne, društvene i duhovne aspekte (16,17).

1.3.1. Sestrinske teorije starenja

Sestrinske teorije mogu se značajno razlikovati prema tome kada su razvijene. Sredinom prošlog stoljeća u sestrinstvu dolazi do pojave „velikih” teorijskih okvira kao što su teorija potreba, V. Henderson (18) ili teorija samozbrinjavanja D. Orem (19) koje široko i univerzalno prezentiraju sestrinstvo, dok je proces starenja bio zastupljen u manjoj mjeri. Neki su se teoretičari bavili aspektima ljudskog života koji neizravno utječu na stavove prema skrbi za starije osobe ili su zagovarali individualan program sestrinske skrbi (20 – 23). Sestrinstvo je u postmodernizmu povezano s usponom kvalitativnih metodologija istraživanja i naglog porasta teorija srednjeg ranga koje, nasuprot „velikim teorijama”, objašnjavaju svaki fenomen pojedinačno. Temeljne vrijednosti sestrinstva toga razdoblja, pluralizam i zagovaranje prava klijenata stvorilo je potrebu pružanja holističke zdravstvene njege usmjerene na korisnika. Postmodernistički teorijski pristupi pružaju korisnu perspektivu za daljnje razumijevanje značenja i spoznaja o starenju. Starenje se ne može razumjeti jednim

univerzalnim teorijskim pristupom, već je konstruirano iz pluralističkog mozaika malih konsenzusa. Većina sestrijskih teorija promatra starenje i opisuje ljudski život iz razvojne perspektive, međutim vrlo malo poznatih teorija raspravlja o tome što starenje implicira i kako pristupiti sestrijskoj skrbi starijih osoba, kako medicinska sestra može pomoći starijoj osobi u njenom individualnom razvoju ili kako zadovoljiti potrebe starijih osoba (24). Početkom 21. stoljeća teorijski fokus se pomaknuo na razumijevanje komponenti uspješnog starenja (25).

1.4. Uspješno starenje

Posljednjih dvadesetak godina istraživanja uspješnog starenja rezultirala su s više od 100 definicija i značenja uspješnog starenja. Unatoč tome, trenutno na globalnoj razini, ne postoji „zlatni standard” za procjenu uspješnog starenja, što predstavlja najveći problem u istraživanjima. Još uvijek nema konsenzusa u istraživačkoj zajednici oko definicije i mjerenja i predviđanja uspješnog starenja (26,27). Autori se uglavnom slažu da je uspješno starenje višedimenzionalni konstrukt iako konsenzus u pogledu njegovih komponenti još nije postignut. Postojeći teorijski pristupi i modeli nude različite definicije i kriterije uspješnog starenja iz kojih su onda proizašli i različiti pokušaji operacionalizacije ovoga konstrukta (28, 29). Predloženi način za dobivanje holističkih operativnih definicija uspješnog starenja je kombiniranje subjektivnih i objektivnih pokazatelja zdravlja i dobrobiti (30 – 32). Tradicionalni pristup starenju, usmjeren na tjelesno, kognitivno i socijalno opadanje, u posljednja je dva desetljeća revidiran i nadopunjen istraživanjima pozitivnih aspekata funkcioniranja u starijoj dobi. U kontekstu ovog revidiranog pristupa starenju pojavljuje se i konstrukt uspješnog starenja (28). Koncept uspješnog starenja prvi uvodi Havighurst 60-ih godina prošlog stoljeća. Koncept promatra starenje s aspekta starijih osoba te razvija mjeru zadovoljstva životom koja se sastoji od pet komponenti: žar nasuprot apatiji, odlučnost i hrabrost, dobar odnos između željenih i postignutih ciljeva, pozitivno samopoimanje i ton raspoloženja. Koncept uspješnog starenja uključuje osjećaj zadovoljstva vlastitim prošlim i sadašnjim životom i prvi put se naglašava važnost kvalitete života kao „dodavanje života godinama” umjesto njegovog trajanja i „dodavanja godina životu” (12).

Prema teoriji kontinuiteta starije osobe nastoje održati kontinuitet između svog prijašnjeg i sadašnjeg „ja” na način koji je oblikovan njihovom osobnošću i životnim iskustvima (17, 33).

Uspješno starenje promatrano s aspekta samih starijih osoba potisnuto je perspektivom da je starenje objektivan biomedicinski konstrukt koje se može mjeriti i promatrati (32). Rowe i Khan su među prvima predložili teorijski okvir uspješnog starenja u kojemu su pokušali konceptualno razjasniti razliku između „uobičajenog” i „uspješnog” starenja. Uobičajeno starenje odnosi se na starije osobe koje dobro funkcioniraju, ali imaju visok rizik za nastanak bolesti, dok su starije osobe koje uspješno stare visoko funkcionalne i imaju mali rizik za nastanak bolesti i invaliditet (33). U naknadnoj publikaciji predstavili su svoj model u kojem se uspješno starenje definira kao niska vjerojatnost bolesti, visoko tjelesno i kognitivno funkcioniranje te aktivna uključenost u život, prvenstveno u međuljudskim odnosima i produktivnoj djelatnosti (34). Model Rowea i Kahna definira uspješno starenje kao nisku vjerojatnost bolesti, visoko tjelesno i kognitivno funkcioniranje te aktivnu uključenost u život, prvenstveno u međuljudskim odnosima i produktivnoj djelatnosti (34). Model uspješnog starenja Rowe i Kahna je sve do danas ostao najpoznatiji biomedicinski pristup uspješnom starenju. Prigovori koji se ovom modelu često upućuju su strogi kriteriji koje može zadovoljiti vrlo mali broj starijih osoba (35), usmjerenje na pojedinačne čimbenike i zanemarivanje utjecaja okolnih strukturnih i kontekstualnih čimbenika (36), izostavljanje percepcija i iskustva samih starijih osoba (37) te neuvažavanje promjena do kojih dolazi u procesu fiziološkog starenja (38).

Kao odgovor na ograničenja biomedicinskog pristupa javlja se psihosocijalni pristup koji naglašava društvenu i psihološku komponentu uspješnog starenja. Ovakvoj povoljnijoj percepciji starije dobi prvenstveno su pridonijeli noviji demografski trendovi u smjeru produženja prosječne duljine života i usporednog povećanja udjela starijih osoba u populaciji razvijenijih zemalja (28).

Pokazatelji kao što su zadovoljstvo životom i subjektivna procjena zdravlja, otpornost na stres, optimizam, samopoštovanje, osjećaj kontrole, strategije selekcije, optimizacije i kompenzacije, obuhvaćaju puno više aspekata dobrobiti nego što se može postići objektivnijim mjerama (39, 40). Prema ovom pristupu starije osobe mogu

uspješno starjeti bez obzira na narušeno zdravlje, ako su zadovoljne životom, svojim socijalnim odnosima i ako imaju očuvane psihološke resurse (41 – 44).

Prema psihosocijalnom modelu selekcije, optimizacije i kompenzacije (SOC, prema engl. *Selection, Optimisation and Compensation*) starenje se promatra kao proces dobitaka i gubitaka. Model SOC ovisi o korištenju triju procesa u prilagodbi: selekcije (označava usmjeravanje vlastitih resursa na glavna područja u životu), optimizacije (kojom se poboljšava i maksimizira dobit) i kompenzacije gubitaka (koja osigurava kontinuitet funkcioniranja). Upotrebom SOC strategija starije se osobe mogu uspješnije prilagoditi životnim promjenama i time doprinijeti uspjehu vlastitog starenja, a na koji se način strategije SOC realiziraju ovise o osobnom i društvenom kontekstu (39).

Prazninu između biomedicinskog i psihosocijalnog pristupa premošćuje laički pristup, koji može dati praktične i važne smjernice za konkretne intervencije usmjerene starijim osobama koje žive u određenom okruženju (28). Laički pristup odnosi se na to kako same starije osobe ili laici percipiraju uspješno starenje. Istraživanja uspješnog starenja sa stajališta same starije osobe doprinijela su uočavanju razlika između objektivnih i subjektivnih procjena uspješnog starenja (30). Istraživanja pokazuju da same starije osobe navode brojne odrednice uspješnog starenja i da ga percipiraju složenijim u odnosu na mnoge istraživače. Uz dobro zdravlje i funkcioniranje, laičke definicije uključuju i brojne druge čimbenike kao što su osjećaj životne svrhe i smisla, duhovnost, učenje novih stvari, financijsku sigurnost, produktivnost, postignuća, doprinos životu, tjelesni izgled i smisao za humor (45, 46).

Za sveobuhvatno razumijevanje ključnih konstrukcija i procesa povezanih s uspješnim starenjem potrebna je teoretska integracija svih perspektiva (47–49). U literaturi se naizmjenično pojavljuju pojmovi zdravo starenje (50), produktivno starenje (51), aktivno starenje (52) i optimalno starenje (53). Iako slični, ovi konstrukti uključuju različite dimenzije funkcioniranja. Zdravo starenje podrazumijeva zdravlje i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti, produktivno starenje se odnosi na društvene aktivnosti i proizvodnju dobara i usluga, a aktivno starenje je višedimenzionalni koncept koji uključuje tjelesno, psihološko i socijalno funkcioniranje te dimenzije zdravog i produktivnog starenja (28). Koncept je razvila Svjetska zdravstvena organizacija s ciljem optimiziranja mogućnosti za zdravlje i poboljšanje kvalitete života

starijih osoba kao politički okvir za pomoć vladama u promicanju i podršci aktivnog starenja (38). Za razliku od navedenih, koncept uspješnog starenja sugerira mogućnost očuvanja i daljnjeg razvoja resursa i sposobnosti i u starijoj dobi. Upućuje na to da starost može biti razdoblje relativno očuvanog zdravlja i vitalnosti te daljnjeg aktivnog doprinosa društvu (28).

Pregledom istraživanja uspješnog starenja od 1995. do 2017. pokazalo se da su istraživanja uspješnog starenja usmjerena na definiranje, dimenzije, principe i čimbenike uspješnog starenja (28). Većina definicija (92,4 %) uspješnog starenja utemeljena su na biomedicinskom pristupu, iako su sve prisutnije komponente psihosocijalnog i laičkog pristupa (54). Ovisno o načinu definiranja uspješnog starenja, udio uspješno starih osoba u istraživanjima varira od 1 % do 90 %. Istraživanjem uspješnog starenja provedena u RH (45), prema biomedicinskom modelu (34), identificirano je svega 10,8 % starijih osoba koje stare uspješno. Primjenom alternativnog modela (55) na istom uzorku, udio osoba koje uspješno stare iznosio je 21,2 %. Alternativni model uključivao je samoprocjenu zdravlja, percepciju ekonomskog statusa i zadovoljstvo životom (45). Laičke perspektive uspješnog starenja mogu nadopuniti postojeće definicije istraživača (39, 44) te poboljšati njihovu valjanost i relevantnost za socijalnu i zdravstvenu politiku (30).

Noviji modeli uspješnog starenja nastoje biti holistički usmjereni, multidisciplinarni i višedimenzionalni, uključivati subjektivne i objektivne mjere, subjektivnu samoprocjenu odnosno uključivati komponente biomedicinskih, psihosocijalnih i laičkih modela. (55 – 57).

1.4.1. Sestrinske teorije i modeli uspješnog starenja

Kao odgovor na nedostatak sestrinskih teorija koje bi usmjeravale medicinske sestre u skrbi za starije osobe, Meredith Troutman razvila je teoriju srednjeg opsega, utemeljenu na „velikoj” teorije prilagodbe Caliste Roy (58) i Tornstamovoj teoriji gerotranscedencije (59). Teorija utjelovljuje fizičke, mentalne i duhovne i gerotranscedentne promjene koje mogu dovesti do uspješnog starenja. Njena konceptualizacija predstavlja starost kao vrijeme velikih prilika za starije osobe. Teorija opisuje međusobni odnos aktivnosti i karakteristika koje se događaju istovremeno i

dovode do uspješnog starenja, a temelje se na tri procesa suočavanja: prilagodba funkcionalnih mehanizama provedbe, intrapsihički čimbenici i duhovnost. Korisnost ove teorije je u tome što pokazuje holističku sliku čimbenika koji utječu na uspješno starenje i omogućava pojedincima da sami odrede svoju definiciju uspješnog starenja i nastoje je ispuniti. Medicinske sestre mogu unutar individualnih vrijednosti pomoći starijim osobama da ostvare svoje ciljeve i identificirati osnovne procese te usmjeriti svoje napore podržavanju tih procesa. Najznačajnija kritika ove teorije je što zahtjeva da starije osobe budu potpuno kognitivno očuvane, što isključuje značajan broj starijih osoba s kognitivnim oštećenjima. Iako je samosvjesnost i sposobnost za samoprocjenu starenja kritični aspekt koji treba uzeti u obzir, taj kriterij ne sprječava starije osobe s blagom demencijom da uspješno stare (60).

Register i Herman 2006. godine definiraju povezljivost kao višedimenzionalno ljudsko iskustvo, neophodno za uspješno starenje te predlažu teorijski okvir višedimenzionalne povezljivosti. Starije osobe generiraju kvalitetu života dok doživljavaju povezljivost kroz 6 međusobno povezanih koncepata: metafizički povezan, duhovno povezan, biološki povezan, povezan s drugima, ekološki povezan i povezan s društvom (61).

1.5. Odrednice uspješnog starenja

Kao posljedica raznolikosti u definiranju i mjerenju uspješnog starenja, u istraživanjima se javlja problem što se iste varijable npr. zdravlje, zadovoljstvo životom, dobri socijalni odnosi u nekim istraživanjima tretiraju kao prediktori, u drugima kao komponente, a u nekima kao ishodi ili kriteriji uspješnog starenja (30, 31). Starije osobe kao odrednice uspješnog starenja često navode dobro zdravlje i tjelesno funkcioniranje (30, 32) usamljenost, društvenu aktivnost, samopoštovanje, duhovnost, učenje novih stvari, financijsku sigurnost, produktivnost, postignuća, doprinos životu, tjelesni izgled, humor (62, 63).

1.5.1. Funkcionalna sposobnost

Funkcionalna sposobnost je sposobnost pojedinca za obavljanje svih svakodnevnih životnih aktivnosti, koja uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje i neovisna je o kronološkoj dobi. Podrazumijeva sposobnost starije osobe za obavljanje svih svakodnevnih aktivnosti, ali i nadomještanje izgubljenih funkcija (6, 64). Funkcionalna sposobnost određena je intrinzičnim kapacitetom, ali i čimbenicima

okoline i interakcijama između njih. Unutarnji kapacitet WHO definira kao „skup svih fizičkih i mentalnih kapaciteta na koje se pojedinac može osloniti” u bilo kojem trenutku (65, 66). Funkcionalna sposobnost je kritični pokazatelj kvalitete života i zdravlja starijih osoba i često je važnija od prisutnosti neke bolesti (67).

1.5.2. Samopoštovanje

Rosenberg definira samopoštovanje kao pozitivan ili negativan stav prema sebi. Njegova studija je rezultirala tumačenjem socijalnih uvjeta i subjektivnih iskustava koji su u vezi s povećanjem ili smanjenjem samopoštovanja (68). Samopoštovanje podrazumijeva evaluaciju kojom pojedinac odražava stav ne/prihvatanja sebe, što ukazuje na stupanj uvjerenja pojedinca u vlastite sposobnosti, važnost, uspješnost ili vrijednost (69). Osobe s visokim samopoštovanjem otpornije su na utjecaje okoline, fleksibilnije su i maštovitije, te probleme rješavaju na originalnije načine od pojedinaca s niskim samopoštovanjem. Promjene vezane za starenje i bolest utječu na samopoštovanje starijih osoba (70, 71). U starijoj dobi samopoštovanje održava relativno visoku razinu, štoviše doseže vrhunac u dobi od 60 do 70 godina. Međutim, u dubokoj starosti samopoštovanje značajno opada, što može doprinijeti razvoju depresije i negativno utjecati na dobrobit starije osobe (72). Za očuvanje pozitivne slike o sebi, izgradnju i održavanje samopoštovanja važnu ulogu imaju obitelj i prijatelji, sposobnost i mogućnost izbora i odabira vlastitih aktivnosti, sposobnost samokontrole, osobito tjelesnih funkcija, ali i drugih postupaka i događaja u životu. Samopoštovanje je blisko povezano i ulogama, vezama i statusom koje pojedinac ima u obitelji i društvu (73).

1.5.3. Zadovoljstvo životom

Zadovoljstvo životom kognitivni je aspekt subjektivnog blagostanja koji se odnosi na globalnu prosudbu ljudi o vlastitim životima (74). Odnosi se na sveukupnu procjenu života ili na usporedbu koja odražava percipirani nesklad između težnji i postignuća osobe (75). Svaka osoba ispituje određene aspekte svoga života, uspoređuje dobro s lošim prema vlastitom jedinstvenom setu kriterija (75, 76). Prema istraživanjima značajni prediktori zadovoljstva životom su dobra socijalna podrška (77), duhovnost (78), samoprocjena zdravlja i roditeljstvo (79). Zadovoljstvo životom osoba starije

životne dobi u velikoj je mjeri povezano s konceptom uspješnog starenja. Starija osoba koja je zadovoljna vlastitim životom uspješnije se suočava s procesom starenja i bolje prihvaća vlastito starenje, što ima pozitivan učinak na mentalno zdravlje (80).

1.5.4. Depresija

Operativne definicije uspješnog starenja koje uključuju pokazatelje mentalnog zdravlja pokazuju da iako se depresija ne smatra dijelom uspješnog starenja, snažno je s njim povezana. Depresivnost je najčešća poteškoća mentalnog zdravlja u starijoj životnoj dobi, a klinička depresija je najčešći psihički poremećaj među starijim osobama (81). Depresivnost je emocionalno stanje karakterizirano osjećajima tuge, neraspoloženosti, žalosti i utučenosti. Očituje se kroz promjenu raspoloženja, gubitak interesa i nemogućnost uživanja u životu, umor i slabljenje životne energije, osjećaje bezvrijednosti i krivnje, poteškoće u koncentraciji i donošenju odluka. Na tjelesnom planu ove psihičke promjene prati poremećaj apetita, spavanja i psihomotoričke organizacije (81). Depresija kod starijih osoba važan je javnozdravstveni problem jer je povezan s povećanim rizikom za smanjeno fizičko, psihičko i socijalno funkcioniranje, samoubojstvo i samozapuštanje. Unatoč tome depresija se u većini slučajeva ne prepoznaje na vrijeme, što odgađa i početak liječenja. Mogući razlozi za to su stigma koja prati psihičke bolesti kao i prisutne predrasude kako je starenje samo po sebi depresivno i kako je normalno da su starije osobe depresivne jer se svakodnevno suočavaju s nizom gubitaka. Stoga je važno provoditi probir simptoma i znakova depresije kod široke populacije starijih osoba i prema potrebi upućivati na kliničku procjenu (82).

1.5.5. Usamljenost

Usamljenost se definira kao bolno i negativno iskustvo koje je posljedica nedostatka u socijalnim odnosima osobe (83). Usamljenost se navodi kao jedan od najizraženijih problema starenja, a istovremeno ima veliku ulogu u subjektivnom osjećaju zadovoljstva životom (84). Upravo su starije osobe izložene raznim čimbenicima koji doprinose negativnim životnim promjenama i različitim stupnjevima socijalne izolacije ili usamljenosti (85). Smanjenje broja prijateljstava, gubitak životnih uloga te smanjena aktivnost pojedinca u raznim životnim područjima, izabrana svojom voljom ili nametnuta od okoline, mogu biti pokretači socijalne izolacije i usamljenosti starije

osobe. Usamljenost je negativno povezana sa srećom, samopoštovanjem i općim zadovoljstvom životom, što često dovodi do razvoja niza tjelesnih bolesti koje mogu imati i tragične posljedice za starije osobe (79). Iako živjeti sam ne znači i biti usamljen jer mnogi koji žive sami vode potpuno integriran socijalno aktivan život, pokazalo se da je usamljenost ipak češća i izraženija kod onih pojedinaca koji žive sami (86, 87).

1.5.6. Povezljivost

Register teorija inovativan je model koji se sveobuhvatno bavi povezljivošću kao ključnim čimbenikom uspješnog starenja. Povezljivost je stanje sinkrone, harmonične i interaktivne prisutnosti bez vremenskih i prostornih ograničenja. Kao značajna odrednica uspješnog starenja pruža odgovor na neka pitanja kao na primjer, zašto neki ljudi s istim stanjem, simptomima ili dijagnozom prijavljuju vrlo različite razine uspješnog starenja, zašto neki teško bolesni ljudi prijavljuju dobru kvalitetu života i zašto osobno bogatstvo, status, i zdravlje nisu dobri prediktori uspjeha u procesu starenja (34, 61, 88). Teorijski okvir povezljivosti uključuje šest koncepata: biti metafizički povezan znači imati svijest o sebi kao dijelu univerzuma, biti duhovno povezan uključuje svijest o višoj sili i traženje smisla i svrhe života, biološki povezan znači optimizirati funkcionalnu sposobnost i sudjelovati u aktivnostima promicanja i održavanja zdravlja. Povezanost s drugima uključuje međuljudske odnose, obiteljske i prijateljske, a ekološka povezanost znači biti povezan s okolišem i prirodom. Povezanost s društvom ima osobni i globalni društveni aspekt (61).

Autorice Register i Scharer pokušale su u svom istraživanju identificirati procese povezane s povezljivošću kod starijih osoba koje žive u zajednici. Temeljem intervjua sa starijim osobama izdvojile su četiri glavna procesa: „imati nešto za raditi” uključuje smislene radne aktivnosti, „imati odnose s drugima” podrazumijeva kontakte s obitelji i prijateljima, „imati udjele u budućnosti” znači brigu o budućnosti na više razina i „imati osjećaj kontinuiteta” označava želju za održavanjem života koji je oblikovan njihovom osobnošću i životnim iskustvima (40).

Temelj fenomena povezljivosti su istaknute veze u životima starijih osoba uz pomoć kojih oni mogu živjeti na smisleniji, pozitivniji i svrhovitiji način i na taj način doprinijeti uspješnijem starenju. U literaturi se pronalaze istraživanja usmjerena na pojedinačne

dimenzije povezanosti, kao što su socijalna ili duhovna povezanost, međutim starije osobe ne doživljavaju povezljivost jednu po jednu, već je to u cijelosti zajedničko iskustvo. Nedostaju istraživanja koja promatraju povezljivost iz višedimenzionalne perspektive i u specifičnoj skupini starijih osoba. Izostavljajući višedimenzionalnost u istraživanjima povezljivosti može doći do metodoloških nedoumica. Povezljivost je intrinzični konstrukt, koji nije uvijek vidljiv vanjskim promatračima. Percipiranu povezljivost može ocijeniti samo sama starija osoba što zahtjeva individualnu procjenu. Stoga su autorice razvile višedimenzionalni instrument za mjerenje povezljivosti. Stavke upitnika odražavaju širok raspon odgovora utemeljenih na identifikaciji područja koja su utjecala na život starijih osoba i koje su opisane u Register teoriji (40), što omogućava konceptualnu podudarnost. Starije osobe ocijenjuju zadovoljstvo pojedinom stavkom i koliko je ona za njih važna (4).

Područje samoregulacije uključuje osjećaje i radnje koje promiču optimizam, samoodređenje i samoispunjenje, a postiže se aktivnostima u kojim starija osoba uživa kao što je šetnja, slušanje glazbe ili činjenje dobrih djela. Samoregulacija podrazumjeva aktivnosti promicanja zdravlja i optimizaciju funkcionalne sposobnosti. Prihvatanje poteškoća i ograničenja s usmjerenim optimizmom umjesto prepustiti se negativnim emocijama povezanih s bolešću. Suočavanje sa starenjem znači održavanje snažne svijesti o sebi kroz unutarnju snagu i procese poput smisla i svrhe života, optimizma i zadovoljstva životom koji pružaju odgovore na pitanja tko smo, koje vrijednosti negujemo, što radimo, zašto smo ovdje, kamo idemo i kako se vidimo kao ljudska bića. Suočavanje sa starenjem se odnosi na misli i aktivnosti starijih osoba u trenutku suočavanja s procesom starenja i smrtnošću. Uključuje spoznaju kako se svijet mijenja, ali i želju da ostane dio toga svijeta kroz praćenje dnevnih događaja, razgovore o njima i brigu za budućnost zemlje. Područje „obitelj” usmjereno je na traženje trajne interakcije s članovima obitelji, imati osjećaj da su potrebni, željeni i voljeni. Ovo područje uključuje i želju za biti, razgovarati i provoditi vrijeme s članovima obitelji. „Prijateljstvo” je područje koje uključuje misli, aktivnosti i osjećaje koji su povezani s prijateljstvom. Odnosi se na želju da cijeni prijatelje, provodi vrijeme s njima i bude u njihovoj neposrednoj blizini. Duhovnost obuhvaća svjesnost o postojanju više sile ili božanskog bića koje nadilazi sferu utjecaja bilo kojega pojedinca, a manifestira se kroz molitvene aktivnosti, zajedništva i štovanja. Duhovnost može označavati i potragu za značenjem i svrhom života. Duhovne veze obogaćuju dušu na način da

nadilazi bol i patnju što može objasniti zašto dio ljudi i pred samu smrt iskazuje zadovoljstvo životom (4, 40, 61).

Proučavanje uloge povezljivosti kao novog koncepta u kontekstu uspješnog starenja može pružiti istraživačima i praktičarima informacije o tome kako ojačati povezljivost kod starijih osoba i time promicati uspješno starenje. Pобоljšanje povezljivosti može povećati kapacitet starijih osoba za uspješno starenje, a snižena razina povezljivosti može dovesti do ugrožavanja zdravlja i onesposobljenja starijih osoba (4, 40, 61).

2. HIPOTEZA

Povezljivost utječe na uspješno starenje više nego pojedinačni čimbenici usamljenosti, simptomi i znakovi depresije, samopoštovanja, životnog zadovoljstva i funkcionalne sposobnosti.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Ciljevi istraživanja su:

- procijeniti razinu uspješnog starenja, povezljivosti, usamljenosti, depresije, samopoštovanja, životnog zadovoljstva i funkcionalne sposobnosti starijih osoba
- ispitati postoje li razlike u razini povezljivosti s obzirom na opća obilježja ispitanika (spol, dob, mjesto i način stanovanja, bračno stanje, razinu obrazovanja, roditeljstvo)
- ispitati postoje li razlike u samoprocjeni uspješnog starenja s obzirom na opća obilježja ispitanika (spol, dob, mjesto i način stanovanja, bračno stanje, razinu obrazovanja, roditeljstvo)
- procijeniti doprinos povezljivosti, usamljenosti, depresije, samopoštovanja, životnog zadovoljstva i funkcionalne sposobnosti uspješnom starenju starijih osoba
- ispitati postoje li razlike u doprinosu povezljivosti, usamljenosti, depresije, samopoštovanja, životnog zadovoljstva i funkcionalne sposobnosti uspješnom starenju starijih osoba.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Etička načela

U ovom istraživanju poštivali su se temeljni etički i bioetički principi i standardi, uključujući osobni integritet: autonomnost, pravednost, dobročinstvo, neškodljivost, kao i oni iz njih izvedeni, koji su u skladu s Nürnberškim kodeksom i najnovijom revizijom Helsinške deklaracije (307), Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (NN121/03) i Zakonom o pravima pacijenata Republike Hrvatske (NN 169/04). Svi podatci prikupljali su se u skladu s etičkim i bioetičkim principima te se osigurala privatnost ispitanika uključenih u istraživanje i zaštita tajnosti podataka. Provedbu istraživanja odobrilo je Etičko povjerenstvo za biomedicinska istraživanja Medicinskog fakulteta u Osijeku (broj 2158-61-46-22-81).

4.2. Ustroj studije

Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija (89) i provedeno je u dva dijela. Prvi dio istraživanja obuhvatio je psihometrijsku analizu hrvatske inačice strukturiranog instrumenta Register – Connectedness Scale for Older Adults (RCSOA) za ispitivanje povezljivosti u starijih osoba. U drugom je dijelu provedeno glavno istraživanje.

4.3. Ispitanici

U istraživanje su uključeni ispitanici starije dobi s područja Osječko-baranjske županije. Kriteriji uključivanja ispitanika u istraživanje bili su:

- osobe stare 65 i više godina
- osobe razumiju i govore hrvatski jezik
- dobrovoljno sudjelovanje u istraživanju (potpisan pristanak informiranog ispitanika).

Isključni kriteriji su obuhvaćali:

- osobe mlađe od 65 godina
- osobe s kojim nije moguće uspostaviti kontakt
- osobe koje nisu potpisale pristanak informiranog ispitanika.

U prvi dio istraživanja u kojemu je provedena psihometrijska analiza hrvatske inačice ljestvice RCSOA uključeno je 700 ispitanika (prema uvjetu od osam sudionika po čestici upitnika (90) minimalna potrebna veličina uzorka je 688).

Za ostale planirane analize primijenjene su metode izračuna odgovarajućeg broja ispitanika kako slijedi:

- za uočavanje srednjeg efekta ($d = 0,5$) u razlici numeričkih varijabli između dvije nezavisne skupine uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,80, minimalna potrebna veličina uzorka je ukupno 128 ispitanika (64 po skupini)
- za uočavanje srednjeg efekta ($f = 0,25$) u razlici numeričkih varijabli između tri nezavisne skupine uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,80, minimalna potrebna veličina uzorka je ukupno 159 ispitanika (53 po skupini)
- za uočavanje srednjeg efekta ($f = 0,25$) u razlici numeričkih varijabli između četiri nezavisne skupine uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,80, minimalna potrebna veličina uzorka je ukupno 180 ispitanika (45 po skupini)
- za uočavanje srednjeg efekta ($f = 0,25$) u razlici numeričkih varijabli između šest nezavisnih skupina uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,80, minimalna potrebna veličina uzorka je ukupno 216 ispitanika (36 po skupini)
- za testiranje hipoteze da je koeficijent determinacije jednak 0 sa snagom 0,8 uz razinu značajnosti od 0,05 i veličinu učinka 0,03 za 6 prediktora minimalna potrebna veličina uzorka je 461 ispitanik
- za uočavanje omjera izgleda od 1,5 u modelu logističke regresije uz razinu značajnosti od 0,05 i snagu 0,95 minimalna potrebna veličina uzorka je 393 ispitanika.

Za izračun potrebnog broja ispitanika korišten je računalni program G*Power (inačica 3.1.9.7., Franz Faul, Sveučilište u Kielu, Njemačka).

Zbog korištenja hijerarhijskog regresijskog modela i mogućih nedosljednosti u ispunjavanju upitnika konačni uzorak za glavno istraživanje obuhvatio je 523 ispitanika.

4.4. Metode

Kao instrument istraživanja korišten je anonimni anketni upitnik. Ispitanici su anketirani u vlastitom domu uz osiguranu privatnost. Ispitivač je prije samog uključivanja ispitanika u istraživanje detaljno objasnio ispitanicima svrhu istraživanja, etička pitanja i pojedinosti o ispunjavanju upitnika. Ispitanici su se imali pravo povući prije i tijekom popunjavanja upitnika. Svaki ispitanik je vlastoručnim potpisom dao suglasnost za sudjelovanje u istraživanju. Anonimnost ispitanika je bila zajamčena. Podatci su se prikupljali pojedinačno („licem u lice”), osiguravajući privatnost i anonimnost svakog ispitanika. Starijim osobama koje imaju poteškoća u samostalnom ispunjavanju upitnika ispitivač je pomogao u čitanju ili razumijevanju pojedinih stavki upitnika s tim da niti na jedan način nije sugerirao odgovor ili sudjelovao u njegovom odabiru. Vrijeme ispunjavanja upitnika nije bilo ograničeno.

Upitnik obuhvaća:

- 13 pitanja koja se odnose na opća obilježja ispitanika (spol, dob, subjektivna dob, razina obrazovanja, zanimanje, mjesto i način stanovanja, bračni status, roditeljstvo, uključenost u društvo).
- Samoprocjenu zdravlja koja je obuhvaćena s dva pitanja: „Kako ocijenjujete svoje sadašnje fizičko zdravlje?” i „Kako ocijenjujete svoje sadašnje psihičko zdravlje?”. Raspon odgovora je od 1 do 5 pri čemu 1 označava vrlo loše zdravlje, a 5 izvrsno zdravlje.
- Skalu povezljivosti, Register – Connectedness Scale for OlderAdults (RCSOA) kojom se ispituje povezljivost kod starijih osoba iz višedimenzionalne perspektive (4). Skala RCSOA prethodno je prevedena na hrvatski jezik prema pravilima za prevođenje upitnika (91). Skala RCSOA se sastoji od dva dijela. Svaki dio sadrži 43 tvrdnje podijeljene u podskale (područja): samoregulacija, suočavanje sa starenjem, obitelj, prijatelji i duhovnost. U prvom dijelu svaku tvrdnju ispitanici ocjenjuju koliko su zadovoljni navedenim (1 – uopće nisam zadovoljan, 2 – slabo sam zadovoljan, 3 – uglavnom sam zadovoljan, 4 – u potpunosti sam zadovoljan), a u drugom dijelu ocjenjuju koliko su im važne iste tvrdnje (1 – uopće mi nije važno, 2 – uglavnom mi nije važno, 3 – uglavnom mi je važno, 4 – jako mi je važno) (2).

Autorica upitnika navodi kako se bodovi u 1. dijelu upitnika koji se odnosi na zadovoljstvo tvrdnjama, prvo rekodiraju brojevima od -1,5, -0,5, +0,5 te +1,5. Točnije, vrijednost 1 zamjenjuje se brojem -1,5, vrijednost 2 brojem -0,5, vrijednost 3 brojem +0,5 te vrijednost 4 brojem +1,5. Slijedeći korak je množenje navedenih rekodiranih vrijednosti iz prvog dijela upitnika s vrijednostima iz drugog dijela upitnika u kojem su sadržaji istih tvrdnji, ali se odnose na to koliko je ispitaniku ta tvrdnja važna u životu. Nakon rekodiranja i množenja, raspon rezultata skale iznosi od -6 do +6, a kako bi eliminirali negativne brojeve, dodaje se +6 na svaki rezultat. Tako da je u konačnici raspon rezultata od 0 do 12.

- Skalu samoprocjene uspješnog starenja (SSUS) koja se sastoji se od 20 tvrdnji kojima ispitanik procjenjuje koliko se navedena tvrdnja odnosi na njega (1 – uopće se ne odnosi na mene, 2 – djelomično se odnosi na mene, 3 – odnosi se na mene, 4 – u velikoj se mjeri odnosi na mene, 5 – u potpunosti se odnosi na mene) te koliko mu je navedena tvrdnja važna (važno, neutralno, nevažno). Instrument SSUS je pouzdan i primjenjiv za istraživanja u starijih osoba. Metodološka utemeljenost koja je pratila razvoj Skale samoprocjene uspješnog starenja, njegova pozitivna internacionalna reputacija te validacija hrvatske inačice (28) razlog su uvrštavanja navedenog upitnika u ovo istraživanje.
- Funkcionalnu sposobnost procijenjena je s 12 pitanja s ponuđenim izborima: mogu samostalno i bez poteškoća; mogu samostalno, ali s poteškoćama; ne mogu samostalno. Izborima su dodjeljivane vrijednosti od 1 do 3 na način da je potpunoj samostalnosti dodijeljena vrijednost 1, a potpunoj nesamostalnosti vrijednost 3 (91,92).
- Rosenbergovu skalu samopoštovanja koja sadrži 10 čestica s odgovorima koji obuhvaćaju izbore: slažem se, djelomično se slažem, niti se slažem niti se ne slažem, djelomično se ne slažem, ne slažem se. Izborima su dodjeljivane vrijednosti od 1 do 5, pri čemu su čestice 1, 5, 7, 8 i 10 kodirane su na način da je potpunom slaganju dodijeljena vrijednost 5, a potpunom neslaganju vrijednost 1. Odgovorima čestica 2, 3, 4, 6 i 9 dodjeljivane su obrnute vrijednosti, tj. potpunom slaganju dodijeljena je vrijednost 1, a potpunom neslaganju vrijednost 5 (93).

- Skalu životnog zadovoljstva koja sadrži 5 čestica s odabirom raspona od 1 do 5 pri čemu je potpunom slaganju dodijeljena vrijednost 5, a potpunom neslaganju vrijednost 1 (94).
- Gerijatrijsku skalu depresije – kratka verzija sastoji se od 15 čestica od kojih 10 čestica ukazuju na depresiju kad je odgovoreno pozitivni i 5 čestica koje ukazuju na depresiju kada je odgovoreno negativno (95).
- Skalu usamljenosti UCLA koja se sastoji od 20 pitanja, a raspon je bodova na Likertovoj skali od 1 do 4. Prema načinu bodovanja UCLA skale, najmanji mogući broj bodova je 20, dok je 80 najveći (96).

4.4.1. Statističke metode

Faktorska struktura instrumenta RCSOA na hrvatskom jeziku provjerena je eksploratornom faktorskom analizom metodom glavnih komponenata uz oblimin kosokutnu rotaciju.

Unutarnja dosljednost korištenih ljestvica ocijenjena je Cronbachovim koeficijentom alfa.

Kategorijski podatci predstavljeni su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podatci opisani su aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom u slučaju raspodjela koje slijede normalnu, a u ostalim slučajevima medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro-Wilkovim testom. Zbog odstupanja od normalne raspodjele, razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina testirane su Mann-Whitneyevim U testom, a između 3 i više nezavisnih skupina Kruskal-Wallisovim testom. Razlike kategorijskih varijabli testirane su Hi-kvadrat testom. Povezanost normalno raspodijeljenih numeričkih varijabli ocijenjena je Spearmanovim koeficijentom korelacije rho. Granična vrijednost ljestvice uspješnog starenja procijenjena je medijanom. Doprinos povezljivosti, usamljenosti, depresije, samopoštovanja, životnog zadovoljstva i funkcionalne sposobnosti uspješnom starenju starijih osoba procijenjena je hijerarhijskim multivarijatnim regresijskim modelima i modelima logističke regresije. Sve P vrijednosti su dvostrane. Razina značajnosti postavljena je na $\alpha = 0,05$. Za statističku analizu korišteni su statistički programi MedCalc® Statistical Software version 20.026 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium) i SPSS Statistics for Windows, Version 23.0 (Released 2015. IBM. Armonk, NY: IBM Corp.).

5. REZULTATI

5.1. Provjera faktorske strukture instrumenta Skala poveznjivosti (RCSOA)

Upitnik je provjeren na uzorku od 700 ispitanika starije životne dobi. To je nešto veći uzorak od minimalnog uzorka koji je izračunat na temelju uvjeta od osam sudionika po čestici upitnika ($n = 688$).

Žena je više, 444 (63,4 %), u odnosu na muškarce. Medijan dobi ispitanika je 73 godine (interkvartilnog raspona od 68 do 80 godina), u rasponu od 65 do 94 godine. U vlastitoj obiteljskoj kući ili u stanu živi 518 (74 %) ispitanika (Tablica 5.1).

Tablica 5.1. Osnovna obilježja ispitanika na kojima je provjerena valjanost upitnika

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	256 (36,6)
Žene	444 (63,4)
Gdje žive	
Vlastita obiteljska kuća, stan	518 (74)
Ostalo	182 (26)
Roditeljstvo	
Imaju djecu	630 (90)
Nisu roditelji	70 (10)

5.1.1. Konstruktna valjanost

U svrhu provjere faktorske strukture pet domena Upitnika provedena je eksploratorna faktorska analiza, metodom glavnih komponenata uz oblimin kosokutnu rotaciju. Prema Guttman-Keiserovu kriteriju i prema *Scree*-testu, potvrđene su jednofaktorske strukture domena: *Samoregulacija* ($k = 13$) (objašnjava 51,14 % varijance), domene *Suočavanje sa starenjem* ($k = 10$) (objašnjava 46,96 % varijance), domene *Obitelj* ($k = 10$) (objašnjava 56,37 % varijance), domene *Prijatelji* ($k = 5$) (objašnjava 73,03 % varijance) i domene *Duhovnost* ($k = 5$) (objašnjava 79,32 % varijance) (Tablica 5.2).

Tablica 5.2. Faktorska zasićenja čestica Upitnika

	Čestice	Komunalitet	Faktorsko zasićenje	Karakteristični korijen	Objašnjena varijanca
Samoregulacija (k = 13)	Osjećam da sam dio ovoga svijeta.	0,55	0,74		
	Znam da moj život ima smisla.	0,55	0,74		
	Vrijeme provodim radeći ono u čemu uživam.	0,56	0,75		
	Pomažem drugim ljudima.	0,53	0,72		
	Okružen sam ljudima.	0,56	0,75		
	Razgovaram s ljudima.	0,63	0,80		
	Šećem (u zatvorenom i/ili otvorenom prostoru).	0,46	0,68	6,65	51,14 %
	Donosim vlastite odluke.	0,48	0,70		
	Brinem se za sebe.	0,49	0,70		
	Slušam glazbu ili pjevam.	0,35	0,59		
	Vidim ono dobro u drugima.	0,44	0,66		
	Provodim vrijeme s drugim ljudima.	0,57	0,75		
	Vidim ono dobro u sebi.	0,49	0,70		
Suočavanje sa starenjem (k = 10)	Shvaćam da je svijet danas drukčiji.	0,48	0,69		
	Shvaćam da se svijet mijenja.	0,51	0,72		
	Redovito pratim vijesti.	0,52	0,72		
	Razmišljam o budućnosti naše zemlje.	0,52	0,72		
	Razgovaram o aktualnim zbivanjima.	0,58	0,76		
	Razmišljam o budućnosti naše djece.	0,48	0,69	4,69	46,96 %
	Razmišljam o svojem zdravlju.	0,37	0,61		
	Poželim da sam boljeg zdravlja.	0,31	0,55		
	Gledam vijesti na televiziji.	0,51	0,71		
	Razmišljam o ljudima kojim je potrebna pomoć.	0,41	0,64		
Obitelj (k = 10)	Želim biti sa svojom obitelji.	0,56	0,75		
	Osjećam da sam svojoj obitelji potreban.	0,65	0,81		
	Osjećam da me moja obitelj voli.	0,69	0,83		
	Provodim vrijeme sa svojom obitelji.	0,64	0,80		
	Razgovaram sa članovima obitelji.	0,66	0,82		
	Osjećam da sam nekome potreban.	0,68	0,82	5,64	56,37 %
	Moja obitelj živi blizu.	0,33	0,57		
	Osjećam se poželjno.	0,56	0,75		
	Osjećam se blizu članu obitelji koji živi daleko.	0,39	0,62		
	Razmišljam o članovima obitelji.	0,48	0,70		
Prijatelji (k = 5)	Imam prijatelje koji žive u blizini.	0,66	0,81		
	Provodim vrijeme s prijateljem/prijateljicom.	0,78	0,88		
	Osjećam se dobro zbog svojih prijateljstava.	0,82	0,91	3,65	73,03 %
	Razmišljam o prijatelju/prijateljici.	0,74	0,86		
	Razgovaram sa starim prijateljem.	0,65	0,81		
Duhovnost (k = 5)	Pronalazim utjehu u vjeri.	0,80	0,90		
	Molim se za nešto što mi je važno.	0,85	0,92		
	Vjerujem da me je Bog blagoslovio.	0,84	0,92	3,97	79,32 %
	Vjerujem da postoji viša sila.	0,70	0,83		
	Pripadam vjerskoj zajednici	0,77	0,88		
				Ukupno	58,72 %

5.1.2. Pouzdanost

Dobivena je zadovoljavajuća unutarnja pouzdanost svih domena (od najmanje $\alpha = 0,874$ do $\alpha = 0,934$), a koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha cijele skale je 0,954 (Tablica 5.3).

Tablica 5.3. Koeficijenti pouzdanosti (Cronbach Alpha)

	Broj čestica	Cronbach Alpha
Samoregulacija	13	0,917
Suočavanje sa starenjem	10	0,874
Obitelj	10	0,907
Prijatelji	5	0,907
Duhovnost	5	0,934
Upitnik RCSOA	43	0,954

5.1.3. Osjetljivost

Mjere sredine i raspršenja (aritmetička sredina i standardna devijacija), i koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha (α) opisani su u Tablici 5.4. Pozitivno asimetrična je domena Obitelj, dok su ostale domene negativno asimetrične (Tablica 4).

Tablica 5.4. Mjere sredine i raspršenja, koeficijent unutarnje pouzdanosti i vrijednosti Shapiro-Wilkovog testa svih domena ($n = 700$)

	Broj čestica	Cronbach Alpha	Aritmetička sredina	Standardna devijacija	Medijan	Interkvartilni raspon	Granice raspona	Koeficijent spljoštenosti	Koeficijent asimetrije
Samoregulacija	13	0,917	8,37	2,1	9	7 – 11	3 – 12	-0,281	-0,671
Suočavanje sa starenjem	10	0,874	8,80	2,0	9	7 – 10	2 – 12	-0,246	-0,659
Obitelj	10	0,907	9,07	2,2	9	8 – 11	2 – 12	0,473	-0,372
Prijatelji	5	0,907	8,46	2,5	8	7 – 11	2 – 12	-0,057	-0,930
Duhovnost	5	0,934	9,08	2,7	10	7 – 12	0 – 12	-0,412	-1,131
Upitnik RCSOA	43	0,954	8,83	1,8	9	8 – 10	3 – 12	-0,277	-0,493

5.2. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 523 ispitanika, među kojima je 169 (32,3 %) žena i 354 (67,7 %) muškarca. U gradu živi 281 (53,7 %) ispitanik. U braku ili izvanbračnoj zajednici ih je 278 (53,2 %), a prema razini obrazovanja 257 (49,1 %) je srednje stručne spreme. U vlastitoj kući/stanu živi 457 (87,4 %) ispitanika, a prema načinu stanovanja 215 (41,1 %) ih živi sa suprugom/partnerom (Tablica 5.5).

Tablica 5.5. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muški	169 (32,3)
Ženski	354 (67,7)
Mjesto stanovanja	
Selo	232 (44,4)
Grad	281 (53,7)
Prigradsko naselje	10 (1,9)
Bračni status	
U braku/izvanbračnoj zajednici	278 (53,2)
Nisu u braku / izvanbračnoj zajednici	20 (3,8)
Rastavljeni	23 (4,4)
Udovci/udovice	202 (38,6)
Razina obrazovanja	
Nezavršena osnovna škola	39 (7,5)
Osnovna škola	121 (23,1)
Srednja stručna sprema	257 (49,1)
Viša stručna sprema	30 (5,7)
Visoka stručna sprema	76 (14,5)
Radni status	
U mirovini	457 (87,4)
Nisu nikada bili u radnom odnosu	66 (12,6)
Mjesto stanovanja	
Vlastita kući/stanu	457 (87,4)
Kod djece	48 (9,2)
Kod rodbine, prijatelja	4 (0,8)
Udomiteljska obitelj	2 (0,4)
Dom za starije	9 (1,7)
Ostalo	3 (0,6)
Način stanovanja	
Samac	153 (29,3)
Sa suprugom/partnerom	215 (41,1)
Sa suprugom/partnerom i djecom	64 (12,2)
S djecom	79 (15,1)
S rodbinom	5 (1)
S prijateljima	1 (0,2)
Ostalo	6 (1,1)

Medijan dobi ispitanika je 72 godine u rasponu od 65 do 100 godina. Ocjena fizičkog i psihičkog zdravlja procijenjena je na skali od 1 do 5, gdje viša ocjena znači bolju ocjenu zdravlja. Medijani i fizičkog i psihičkog zdravlja su 3, u rasponu od 1 do 5 (Tablica 5.6).

Tablica 5.6. Mjere sredine dobi ispitanika, te samoprocjene fizičkog i psihičkog zdravlja

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja – najviša vrijednost
Dob ispitanika (godine)	72 (68 – 79)	65 – 100
Koliko se staro osjećaju (godine)	69 (60 – 76)	20 – 100
Godine u mirovini (n = 457)	12 (6 – 24)	0,3 – 49
Ocjena fizičkog zdravlja	3 (3 – 4)	1 – 5
Ocjena psihičkog zdravlja	3 (3 – 4)	1 – 5

Do umirovljenja 149 (28,5 %) ispitanika je vojnog zanimanja. Djecu imaju 482 (92,2 %) ispitanika, njih 93 (17,8 %) je uključeno u aktivnosti za starije osobe u zajednici, a kućnog ljubimca ima 245 (46,8 %) ispitanika (Tablica 5.7).

Tablica 5.7. Druga obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika
Zanimanje (do umirovljenja)	
Inženjeri	67 (12,8)
Uredski službenici	11 (2,1)
Uslužna djelatnost	88 (16,8)
Poljoprivreda	101 (19,3)
Zanimanje u obrtu	26 (5)
Rukovatelji	45 (8,6)
Jednostavna zanimanja	20 (3,8)
Vojna zanimanja	149 (28,5)
Ostalo	5 (1)
Roditeljstvo	
Imaju djecu	482 (92,2)
Bez djece	41 (7,8)
Koriste se suvremenim tehnologijama (internetom, mobitelom, ostalo)	340 (65,0)
Uključeni su u aktivnosti za starije osobe u zajednici (udruge/društva)	93 (17,8)
Imaju kućnog ljubimca	245 (46,8)

5.3. Procjena razine povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, depresije, usamljenosti i uspješnog starenja

5.3.1. Procjena razine povezljivosti

Razina povezljivosti procijenjena je Skalom povezljivosti (RCSOA) koja se sastoji od pet podskala: samoregulacija, suočavanje sa starenjem, obitelj, prijatelji i duhovnost.

Unutarnja pouzdanost cijele skale Cronbach Alpha je 0,976 što znači da je Skala dobar alat za procjenu povezljivosti ovog uzorka. Raspodjela odgovora ispitanika, prema tome kako su zadovoljni i što im je važno od navedenog prikazani su Tablicom 5.8. i Tablicom 5.9.

Tablica 5.8. Samoprocjena zadovoljstva pojedinom tvrdnjom

Tvrdnja	Koliko ste s time zadovoljni?			
	Uopće nisam	Slabo	Uglavnom	U potpunosti
Osjećam da sam dio ovoga svijeta.	17 (3,3)	76 (14,5)	232 (44,4)	198 (37,9)
Znam da moj život ima smisla.	14 (2,7)	62 (11,9)	206 (39,4)	241 (46,1)
Vrijeme provodim radeći ono u čemu uživam.	41 (7,8)	78 (14,9)	206 (39,4)	198 (37,9)
Pomažem drugim ljudima.	48 (9,2)	73 (14)	194 (37,1)	208 (39,8)
Okružen sam ljudima.	19 (3,6)	68 (13)	187 (35,8)	249 (47,6)
Razgovaram s ljudima.	12 (2,3)	59 (11,3)	186 (35,6)	266 (50,9)
Šećem (u zatvorenom i/ili otvorenom prostoru).	40 (7,6)	83 (15,9)	154 (29,4)	246 (47)
Donosim vlastite odluke.	21 (4,0)	53 (10,1)	149 (28,5)	300 (57,4)
Brinem se za sebe.	32 (6,1)	61 (11,7)	155 (29,6)	275 (52,6)
Slušam glazbu ili pjevam.	79 (15,1)	113 (21,6)	171 (32,7)	160 (30,6)
Vidim ono dobro u drugima.	12 (2,3)	59 (11,3)	238 (45,5)	214 (40,9)
Provodim vrijeme s drugim ljudima.	21 (4,0)	82 (15,7)	204 (39)	216 (41,3)
Vidim ono dobro u sebi.	12 (2,3)	42 (8)	225 (43)	244 (46,7)
Shvaćam da je svijet danas drukčiji.	13 (2,5)	61 (11,7)	198 (37,9)	251 (48)
Shvaćam da se svijet mijenja.	15 (2,9)	55 (10,5)	191 (36,5)	262 (50,1)
Redovno pratim vijesti.	24 (4,6)	63 (12)	174 (33,3)	262 (50,1)
Razmišljam o budućnosti naše zemlje.	43 (8,2)	120 (22,9)	190 (36,3)	170 (32,5)
Razgovaram o aktualnim zbivanjima.	32 (6,1)	97 (18,5)	201 (38,4)	193 (36,9)
Razmišljam o budućnosti naše djece.	23 (4,4)	42 (8)	154 (29,4)	304 (58,1)
Razmišljam o svojem zdravlju.	28 (5,4)	55 (10,5)	208 (39,8)	232 (44,4)
Poželim da sam boljeg zdravlja.	18 (3,4)	61 (11,7)	182 (34,8)	262 (50,1)
Gledam vijesti na televiziji.	32 (6,1)	75 (14,3)	163 (31,2)	253 (48,4)
Razmišljam o ljudima kojim je potrebna pomoć.	15 (2,9)	77 (14,7)	235 (44,9)	196 (37,5)
Želim biti sa svojom obitelji.	18 (3,4)	17 (3,3)	158 (30,2)	330 (63,1)
Osjećam da sam svojoj obitelji potreban.	19 (3,6)	49 (9,4)	175 (33,5)	280 (53,5)
Osjećam da me moja obitelj voli.	13 (2,5)	29 (5,5)	135 (25,8)	346 (66,2)
Provodim vrijeme sa svojom obitelji.	15 (2,9)	63 (12)	177 (33,8)	268 (51,2)
Razgovaram sa članovima obitelji.	8 (1,5)	46 (8,8)	173 (33,1)	296 (56,6)
Osjećam da sam nekome potreban.	16 (3,1)	59 (11,3)	183 (35)	265 (50,7)
Moja obitelj živi blizu.	36 (6,9)	88 (16,8)	132 (25,2)	267 (51,1)
Osjećam se poželjno.	23 (4,4)	68 (13)	224 (42,8)	208 (39,8)
Osjećam se blizu članu obitelji koji živi daleko.	48 (9,2)	74 (14,1)	205 (39,2)	196 (37,5)
Razmišljam o članovima obitelji.	3 (0,6)	25 (4,8)	172 (32,9)	323 (61,8)
Imam prijatelje koji žive u blizini.	22 (4,2)	70 (13,4)	185 (35,4)	246 (47)
Provodim vrijeme s prijateljem/prijateljicom.	44 (8,4)	110 (21)	185 (35,4)	184 (35,2)
Osjećam se dobro zbog svojih prijateljstava.	29 (5,5)	79 (15,1)	194 (37,1)	221 (42,3)
Razmišljam o prijatelju/prijateljici.	34 (6,5)	80 (15,3)	215 (41,1)	194 (37,1)
Razgovaram sa starim prijateljem.	39 (7,5)	90 (17,2)	213 (40,7)	181 (34,6)
Pronalazim utjehu u vjeri.	58 (11,1)	79 (15,1)	146 (27,9)	240 (45,9)
Molim se za nešto što mi je važno.	52 (9,9)	68 (13)	126 (24,1)	277 (53)
Vjerujem da me je Bog blagoslovio.	52 (9,9)	79 (15,1)	128 (24,5)	264 (50,5)
Vjerujem da postoji viša sila.	36 (6,9)	65 (12,4)	133 (25,4)	289 (55,3)
Pripadam vjerskoj zajednici.	55 (10,5)	60 (11,5)	126 (24,1)	282 (53,9)

Tablica 5.9. Samoprocjena važnosti pojedine tvrdnje

Tvrdnja	Koliko Vam je to važno?			
	Uopće mi nije važno	Uglavnom mi nije važno	Uglavnom mi je važno	Jako mi je važno
Osjećam da sam dio ovoga svijeta.	26 (5,0)	65 (12,4)	213 (40,7)	219 (41,9)
Znam da moj život ima smisla.	8 (1,5)	67 (12,8)	191 (36,5)	257 (49,1)
Vrijeme provodim radeći ono u čemu uživam.	22 (4,2)	67 (12,8)	197 (37,7)	236 (45,1)
Pomažem drugim ljudima.	27 (5,2)	71 (13,6)	203 (38,8)	222 (42,4)
Okružen sam ljudima.	17 (3,3)	57 (10,9)	194 (37,1)	255 (48,8)
Razgovaram s ljudima.	13 (2,5)	52 (9,9)	189 (36,1)	269 (51,4)
Šećem (u zatvorenom i/ili otvorenom prostoru).	34 (6,5)	69 (13,2)	161 (30,8)	259 (49,5)
Donosim vlastite odluke.	12 (2,3)	36 (6,9)	162 (31)	313 (59,8)
Brinem se za sebe.	17 (3,3)	40 (7,6)	166 (31,7)	300 (57,4)
Slušam glazbu ili pjevam.	62 (11,9)	117 (22,4)	164 (31,4)	180 (34,4)
Vidim ono dobro u drugima.	5 (1,0)	61 (11,7)	217 (41,5)	240 (45,9)
Provodim vrijeme s drugim ljudima.	14 (2,7)	76 (14,5)	195 (37,3)	238 (45,5)
Vidim ono dobro u sebi.	10 (1,9)	37 (7,1)	205 (39,2)	271 (51,8)
Shvaćam da je svijet danas drukčiji.	14 (2,7)	60 (11,5)	203 (38,8)	246 (47)
Shvaćam da se svijet mijenja.	18 (3,4)	62 (11,9)	197 (37,7)	246 (47)
Redovno pratim vijesti.	31 (5,9)	74 (14,1)	188 (35,9)	230 (44)
Razmišljam o budućnosti naše zemlje.	32 (6,1)	90 (17,2)	217 (41,5)	184 (35,2)
Razgovaram o aktualnim zbivanjima.	31 (5,9)	89 (17)	218 (41,7)	185 (35,4)
Razmišljam o budućnosti naše djece.	15 (2,9)	28 (5,4)	144 (27,5)	336 (64,2)
Razmišljam o svojem zdravlju.	9 (1,7)	33 (6,3)	149 (28,5)	332 (63,5)
Poželim da sam boljeg zdravlja.	11 (2,1)	21 (4)	159 (30,4)	332 (63,5)
Gledam vijesti na televiziji.	29 (5,5)	91 (17,4)	172 (32,9)	231 (44,2)
Razmišljam o ljudima kojim je potrebna pomoć.	11 (2,1)	71 (13,6)	245 (46,8)	196 (37,5)
Želim biti sa svojom obitelji.	10 (1,9)	25 (4,8)	117 (22,4)	371 (70,9)
Osjećam da sam svojoj obitelji potreban.	16 (3,1)	28 (5,4)	145 (27,7)	334 (63,9)
Osjećam da me moja obitelj voli.	13 (2,5)	23 (4,4)	116 (22,2)	371 (70,9)
Provodim vrijeme sa svojom obitelji.	14 (2,7)	31 (5,9)	149 (28,5)	329 (62,9)
Razgovaram sa članovima obitelji.	11 (2,1)	30 (5,7)	129 (24,7)	353 (67,5)
Osjećam da sam nekome potreban.	8 (1,5)	47 (9)	150 (28,7)	318 (60,8)
Moja obitelj živi blizu.	30 (5,7)	47 (9)	131 (25)	315 (60,2)
Osjećam se poželjno.	20 (3,8)	51 (9,8)	192 (36,7)	260 (49,7)
Osjećam se blizu članu obitelji koji živi daleko.	36 (6,9)	52 (9,9)	190 (36,3)	245 (46,8)
Razmišljam o članovima obitelji.	10 (1,9)	20 (3,8)	136 (26)	357 (68,3)
Imam prijatelje koji žive u blizini.	19 (3,6)	74 (14,1)	180 (34,4)	250 (47,8)
Provodim vrijeme s prijateljem/prijateljicom.	28 (5,4)	88 (16,8)	195 (37,3)	212 (40,5)
Osjećam se dobro zbog svojih prijateljstava.	23 (4,4)	69 (13,2)	188 (35,9)	243 (46,5)
Razmišljam o prijatelju/prijateljici.	25 (4,8)	79 (15,1)	206 (39,4)	213 (40,7)
Razgovaram sa starim prijateljem.	26 (5,0)	89 (17)	196 (37,5)	212 (40,5)
Pronalazim utjehu u vjeri.	57 (10,9)	68 (13)	135 (25,8)	263 (50,3)
Molim se za nešto što mi je važno.	52 (9,9)	60 (11,5)	116 (22,2)	295 (56,4)
Vjerujem da me je Bog blagoslovio.	50 (9,6)	60 (11,5)	132 (25,2)	281 (53,7)
Vjerujem da postoji viša sila.	42 (8,0)	61 (11,7)	127 (24,3)	293 (56)
Pripadam vjerskoj zajednici.	55 (10,5)	56 (10,7)	130 (24,9)	282 (53,9)

Mogući raspon ocjena pojedine podskale i ukupne Skale je od 0 do 12, gdje veći broj znači veću povezljivost. Najveća ocjena je u podskali obitelj i duhovnost, a najmanja u podskali prijatelji. Medijan ukupne skale povezljivosti je 8,9 (interkvartilnog raspona od 7,7 do 10,4) (Tablica 5.10).

Tablica 5.10. Ocjene pojedine podskale i ukupne Skale povezljivosti

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja – najviša vrijednost
Samoregulacija	8,88 (7,27 – 10,65)	3,23 – 12
Suočavanje sa starenjem	8,85 (7,50 – 10,35)	2,30 – 12
Obitelj	9,75 (7,60 – 11,25)	1,60 – 12
Prijatelji	8,10 (6,70 – 10,90)	1,20 – 12
Duhovnost	9,60 (6,90 – 12,00)	2,40 – 12
Skala povezljivosti – ukupno	8,90 (7,70 – 10,40)	3,70 – 12

5.3.2. Procjena funkcionalne sposobnosti

Razina funkcionalne sposobnosti provjerila se preko 12 tvrdnji koje se odnose na razinu samostalnog obavljanja aktivnosti, ocijenjene ocjenom od 1 (Mogu samostalno i bez poteškoća) do 3 (Ne mogu samostalno). Unutarnja pouzdanost Cronbach Alpha za cijelu skalu iznosi 0,966. Njih 411 (78,6 %) može se samostalno i bez teškoća koristiti toaletom, samostalno ali s poteškoćama se 113 (21,6 %) odijeva, dok 117 (22,4 %) ispitanika ne može samostalno kupovati (Tablica 5.11).

Tablica 5.11. Samoprocjena funkcionalne sposobnosti

Tvrdnja	Broj (%) ispitanika		
	Mogu samostalno i bez poteškoća	Mogu samostalno, ali s poteškoćama	Ne mogu samostalno
Održavanje osobne higijene (osim kupanja)	372 (71,1)	108 (20,7)	43 (8,2)
Odijevanje	378 (72,3)	113 (21,6)	32 (6,1)
Ustajanje iz kreveta	390 (74,6)	111 (21,2)	22 (4,2)
Upotreba toaleta	411 (78,6)	83 (15,9)	29 (5,5)
Kupanje ili tuširanje	363 (69,4)	102 (19,5)	58 (11,1)
Kretanje po kući	393 (75,1)	102 (19,5)	28 (5,4)
Kretanje izvan kuće	364 (69,6)	112 (21,4)	47 (9,0)
Priprema objeda	358 (68,5)	102 (19,5)	63 (12,0)
Lagani kućanski poslovi	367 (70,2)	97 (18,5)	59 (11,3)
Svladavanje složenijih zadataka (npr. uzimanje propisane doze lijeka)	398 (76,1)	76 (14,5)	49 (9,4)
Kupovanje	330 (63,1)	76 (14,5)	117 (22,4)
Upravljanje financijama (raspodjela prihoda, plaćanje računa)	348 (66,5)	94 (18,0)	81 (15,5)

Ocjena ukupne skale je u rasponu od 1 do 3, gdje veći broj znači manju samostalnost prilikom obavljanja svakodnevnih aktivnosti (Tablica 5.12).

Tablica 5.12. Ocjena funkcionalne sposobnosti

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja – najviša vrijednost
Funkcionalna sposobnost	1 (1 – 1,67)	1 – 3

5.3.3. Procjena samopoštovanja

Samopoštovanje je procijenjeno Rosenbergovom skalom samopoštovanja od 10 čestica, ocjenama od 1 do 5. Unutarnja pouzdanost Cronbach Alpha za cijelu skalu samopoštovanja iznosi 0,721. Njih 118 (22,6 %) se izrazito slaže s tvrdnjom da su općenito zadovoljni sa sobom, a ne slaže se ili se izrazito ne slaže 337 (64,1 %) s tvrdnjom da sve više dolaze do saznanja da jako malo vrijede (Tablica 5.13).

Tablica 5.13. Razina samopoštovanja

Tvrdnja	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Izrazito se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	Izrazito se slažem	
Općenito govoreći, zadovoljan/-na sam sobom.	14 (2,7)	32 (6,1)	114 (21,8)	256 (48,9)	107 (20,5)	523 (100)
Želio/-la bih imati više poštovanja prema samom/-oj sebi.	26 (5,0)	77 (14,7)	178 (34)	194 (37,1)	48 (9,2)	523 (100)
Osjećam da nema puno toga čime bih se mogao/-la ponositi.	81 (15,5)	177 (33,8)	140 (26,8)	102 (19,5)	23 (4,4)	523 (100)
Ponekad se osjećam potpuno beskorisnim/-nom.	105 (20,1)	187 (35,8)	119 (22,8)	89 (17)	23 (4,4)	523 (100)
Sposoban/-na sam raditi i izvršavati zadatke podjednako uspješno kao i većina drugih ljudi.	39 (7,5)	73 (14)	114 (21,8)	206 (39,4)	91 (17,4)	523 (100)
S vremena na vrijeme osjećam se kao da ništa ne vrijedim.	134 (25,6)	158 (30,2)	143 (27,3)	73 (14)	15 (2,9)	523 (100)
Osjećam da sam isto toliko sposoban/-na koliko i drugi ljudi.	27 (5,2)	73 (14)	131 (25)	197 (37,7)	95 (18,2)	523 (100)
Osjećam da posjedujem niz vrijednih osobina.	4 (0,8)	21 (4)	103 (19,7)	272 (52)	123 (23,5)	523 (100)
Sve više dolazim do saznanja da jako malo vrijedim.	148 (28,3)	189 (36,1)	116 (22,2)	58 (11,1)	12 (2,3)	523 (100)
Općenito govoreći, zadovoljan/-na sam sobom.	8 (1,5)	33 (6,3)	118 (22,6)	246 (47)	118 (22,6)	523 (100)

Ocjena ukupne skale je u rasponu od 10 do 50, gdje veći broj znači veće samopoštovanje. Medijan ocjene samopoštovanja je 35, u rasponu od 14 do 50 (Tablica 5.14).

Tablica 5.14. Ocjena samopoštovanja

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja – najviša vrijednost
Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	35 (30 – 40)	14 – 50

5.3.4. Procjena životnog zadovoljstva

Životno je zadovoljstvo procijenjeno preko pet tvrdnji, s odgovorima u rasponu od 1 do 5. Unutarnja pouzdanost Cronbach Alpha za skalu životnog zadovoljstva iznosi 0,875. Njih 341 (65,2 %) se slaže ili se izrazito slaže s tvrdnjom da su zadovoljni svojim životom, dok se njih 127 (24,7 %) ne slaže ili se izrazito ne slaže s tvrdnjom da im je život u većini stvari blizu idealnom (Tablica 5.15).

Tablica 5.15. Razina životnog zadovoljstva

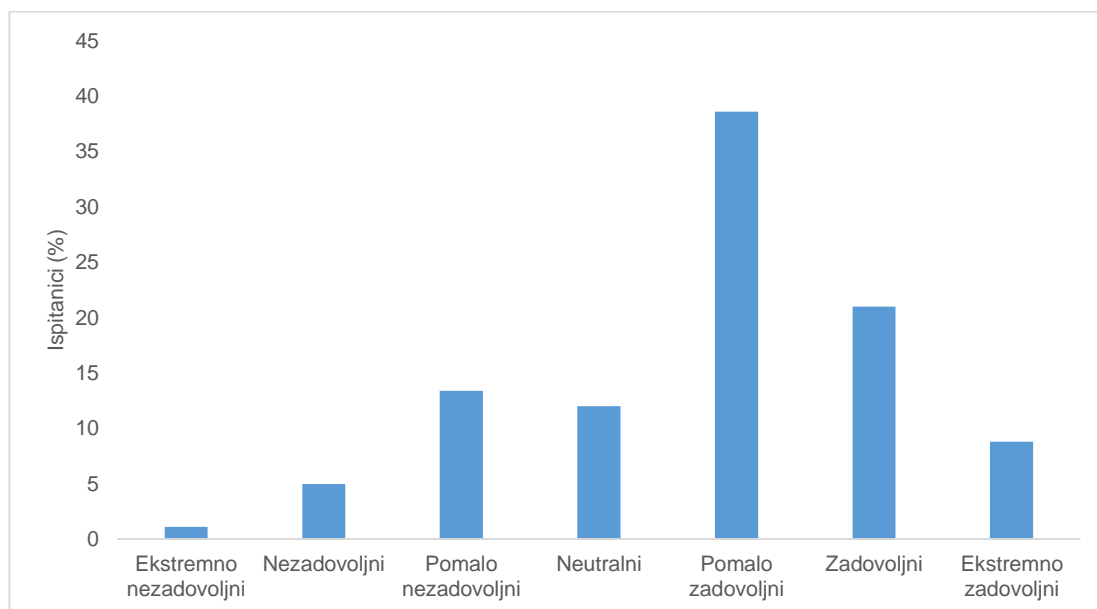
Tvrdnja	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Izrazito se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	Izrazito se slažem	
Moj život je u većini stvari blizu idealnom.	24 (4,6)	103 (19,7)	214 (40,9)	128 (24,5)	54 (10,3)	523 (100)
Uvjeti mog života su izvrsni.	30 (5,7)	60 (11,5)	189 (36,1)	168 (32,1)	76 (14,5)	523 (100)
Zadovoljan/-na sam svojim životom.	15 (2,9)	40 (7,6)	127 (24,3)	235 (44,9)	106 (20,3)	523 (100)
Do sada sam dobio/-la sve stvari u životu koje smatram važnima.	13 (2,5)	47 (9)	134 (25,6)	225 (43)	104 (19,9)	523 (100)
Kad bih mogao/-la ponovno proživjeti svoj život, ne bih skoro ništa mijenjao/-la.	24 (4,6)	90 (17,2)	166 (31,7)	148 (28,3)	95 (18,2)	523 (100)

Ocjena ukupne skale je u rasponu od 5 do 25, gdje veći broj znači veće životno zadovoljstvo. Medijan ocjene životnog zadovoljstva je 17, u rasponu od 5 do 25 (Tablica 5.16).

Tablica 5.16. Ocjena životnog zadovoljstva

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja – najviša vrijednost
Ocjena životnog zadovoljstva	17 (15 – 20)	5 – 25

S obzirom na ocjene životnog zadovoljstva 6 (1,1 %) ispitanika je ekstremno nezadovoljno, dok je ekstremno zadovoljno životom 46 (8,8 %) ispitanika (Slika 5.1).



Slika 5.1. Raspodjela ispitanika prema razini životnog zadovoljstva

5.3.5. Procjena simptoma i znakova moguće depresije

Moguća depresija procijenjena je Gerijatrijskom skalom depresije od 15 čestica. Unutarnja pouzdanost Cronbach Alpha za gerijatrijsku skalu depresije iznosi 0,678. Svojom je životom zadovoljno 425 (81,1 %) ispitanika, a njih 450 (86,0 %) ne smatra svoju situaciju beznadnom. Gotovo tri četvrtine ispitanih ocjenjuje da nema više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi. Većinu vremena sretnim se osjeća 380 (72,7 %) ispitanika, a njih 373 (71,3 %) se ne osjeća često bespomoćnima. (Tablica 5.15).

Tablica 5.17. Samoprocjena simptoma i znakova moguće depresije

	Broj (%) ispitanika		
	Da	Ne	Ukupno
Jeste li zadovoljni svojim životom?	425 (81,3)	98 (18,7)	523 (100)
Nemate više interesa za svoje aktivnosti?	125 (23,9)	398 (76,1)	523 (100)
Osjećate li da Vaš život nije ispunjen?	149 (28,5)	374 (71,5)	523 (100)
Često Vam je dosadno?	152 (29,1)	371 (70,9)	523 (100)
Jeste li većinu vremena dobrog raspoloženja?	388 (74,2)	135 (25,8)	523 (100)
Strahujete kako Vam se može nešto loše dogoditi?	251 (48,0)	272 (52)	523 (100)
Osjećate li se sretnim većinu vremena?	380 (72,7)	143 (27,3)	523 (100)
Osjećate li se često bespomoćno ?	150 (28,7)	373 (71,3)	523 (100)
Provodite li najveći dio vremena kod kuće i teško prihvaćate nove stvari i spoznaje?	236 (45,1)	287 (54,9)	523 (100)
Imate li više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi?	135 (25,8)	388 (74,2)	523 (100)
Kako je lijepo biti živ čak i bolestan?	346 (66,2)	177 (33,8)	523 (100)
Osjećate li se bezvrijedno?	73 (14,0)	450 (86)	523 (100)
Osjećate li se puni energije i volje za aktivnošću?	310 (59,3)	213 (40,7)	523 (100)
Vaša situacija je beznadna ?	73 (14,0)	450 (86)	523 (100)
Smatrate li da se većina ljudi bolje osjeća nego Vi?	167 (31,9)	356 (68,1)	523 (100)

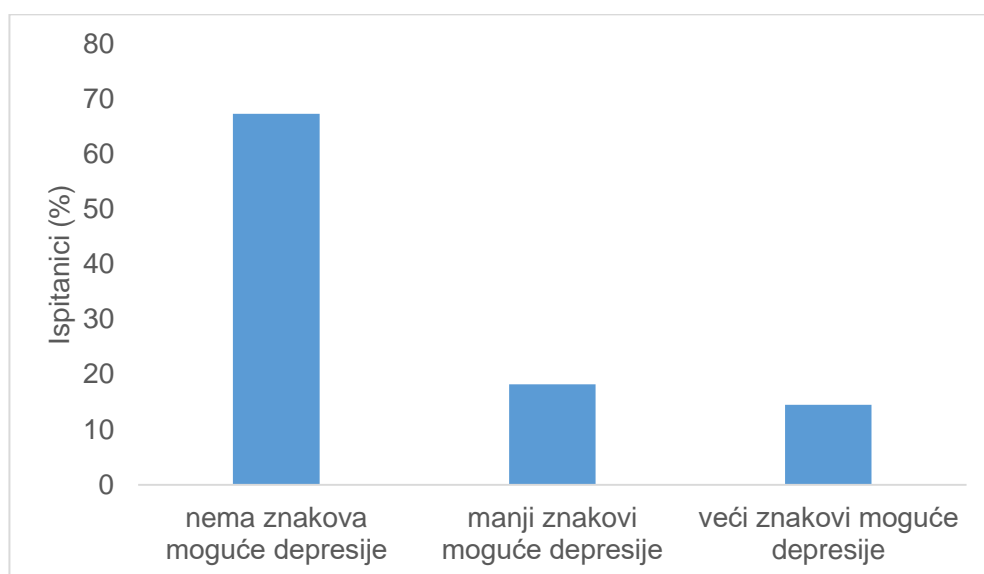
Ocjena ukupne skale je u rasponu od 0 do 15, gdje veći broj znači više simptoma i znakova moguće depresije. Medijan ocjene gerijatrijske skale depresije je 3, u rasponu od 0 do 15 (Tablica 5.18).

Tablica 5.18. Ocjena gerijatrijske skale depresije

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja – najviša vrijednost
Gerijatrijska skala depresije	3 (1 – 7)	0 – 15

S obzirom na vrijednosti gerijatrijske skale depresije 171 (32,7 %) ispitanik ima 6 i više bodova.

Najveći udio ispitanika (67,3 %) nema simptoma i znakova moguće depresije (Slika 5.2).



Slika 5.2. Raspodjela ispitanika prema znakovima moguće depresije

5.3.6. Skala usamljenosti (UCLA skala)

Usamljenost je procijenjena preko 20 tvrdnji, unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha 0,685, što čini upitnik dobrim alatom za procjenu usamljenosti na ovom uzorku.

Da postoje ljudi s kojima mogu razgovarati često osjeća 336 (64,2 %) ispitanika, a njih 334 (63,9 %) navodi da postoje ljudi koje smatraju bliskim, a 344 (65,8 %) često smatra da postoje ljudi kojima se mogu obratiti.

Da je izolirano od ostalih nikada se ne osjeća 244 (46,7 %) ispitanika, a njih 239 nikada se ne, a 239 (45,7 %) nikada se ne osjeća izostavljeno ili nesretno što su tako povučeni (Tablica 5.19).

Tablica 5.19. Samoprocjena usamljenosti

Koliko se često osjećate na način koji je opisan?	Broj (%) ispitanika				Ukupno
	Nikada	Rijetko	Ponekad	Često	
Osjećam se u skladu s ljudima oko sebe.	13 (2,5)	88 (16,8)	181 (34,6)	241 (46,1)	523 (100)
Nedostaje mi društva.	85 (16,3)	145 (27,7)	227 (43,4)	66 (12,6)	523 (100)
Ne postoji nitko kome se mogu obratiti.	201 (38,4)	192 (36,7)	105 (20,1)	25 (4,8)	523 (100)
Ne osjećam se usamljeno.	153 (29,3)	153 (29,3)	140 (26,8)	77 (14,7)	523 (100)
Osjećam se kao dio grupe prijatelja.	36 (6,9)	98 (18,7)	176 (33,7)	213 (40,7)	523 (100)
Imam puno toga zajedničkoga sa ljudima oko sebe.	17 (3,3)	87 (16,6)	197 (37,7)	222 (42,4)	523 (100)
Nisam više u bliskom odnosu ni sa kime.	231 (44,2)	146 (27,9)	125 (23,9)	21 (4)	523 (100)
Ne dijelim svoje interese i ideje sa ljudima oko sebe.	138 (26,4)	180 (34,4)	166 (31,7)	39 (7,5)	523 (100)
Ja sam osoba na odlasku.	239 (45,7)	125 (23,9)	114 (21,8)	45 (8,6)	523 (100)
Postoje ljudi koje smatram bliskima.	4 (0,8)	37 (7,1)	148 (28,3)	334 (63,9)	523 (100)
Osjećam se izostavljeno.	239 (45,7)	148 (28,3)	111 (21,2)	25 (4,8)	523 (100)
Moji društveni odnosi su površni.	156 (29,8)	157 (30)	158 (30,2)	52 (9,9)	523 (100)
Nitko me ne poznaje uistinu dobro.	145 (27,7)	168 (32,1)	157 (30)	53 (10,1)	523 (100)
Osjećam se izolirano od ostalih.	244 (46,7)	131 (25)	117 (22,4)	31 (5,9)	523 (100)
Mogu si pronaći društvo kada ga želim.	34 (6,5)	86 (16,4)	200 (38,2)	203 (38,8)	523 (100)
Postoje ljudi koji me stvarno razumiju.	6 (1,1)	63 (12)	166 (31,7)	288 (55,1)	523 (100)
Nesretan/-na sam što sam tako povučen/a.	247 (47,2)	154 (29,4)	88 (16,8)	34 (6,5)	523 (100)
Ljudi su oko mene, ali ne i uz mene.	167 (31,9)	178 (34)	130 (24,9)	48 (9,2)	523 (100)
Postoje ljudi s kojima mogu razgovarati.	4 (0,8)	23 (4,4)	160 (30,6)	336 (64,2)	523 (100)
Postoje ljudi kojima se mogu obratiti.	4 (0,8)	30 (5,7)	145 (27,7)	344 (65,8)	523 (100)

Prema rezultatima skale koje mogu poprimiti vrijednosti od 20 do 80, gdje veći broj znači veću usamljenost, medijan cijele skale je 51, u rasponu od 35 do 72 (Tablica 5.20).

Tablica 5.20. Ocjena usamljenosti

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja do najveća vrijednost
UCLA skala usamljenosti ukupno	51 (47 – 55)	35 – 72

S obzirom na vrijednosti UCLA skale, 470 (89,9 %) ispitanika je s većim rizikom usamljenosti (ukupni zbroj 40 – 59), a 49 (9,4 %) je usamljenih ispitanika (ukupni zbroj 60 i više). Bez rizika za usamljenost su 4 (0,8 %) ispitanika.

5.3.7. Procjena uspješnog starenja

Uspješno starenje procijenjeno je SPUS skalom koju čini 20 čestica, unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha 0,923, što čini ovu skalu dobrim alatom za procjenu samopercepcije uspješnog starenja na ovom uzorku.

Više od dvije trećine ispitanika, njih 370 (70,7 %), se u potpunosti ili velikoj mjeri ne osjeća usamljeno, a 331 (63,3 %) osjeća veliku ili potpunu podršku prijatelja i obitelji.

Znatan broj ispitanika sposoban se brinuti sam o sebi u potpunosti ili velikoj mjeri, njih 323 (61,7 %).

Više od tri četvrtine ispitanika (78,6 %) nije uopće ili je vrlo malo uključeno u plaćene ili volonterske aktivnosti nakon uobičajene dobi za umirovljenje (Tablica 5.21).

Tablica 5.21. Samoprocjena uspješnog starenja

	Broj (%) ispitanika					Ukupno
	Uopće se ne odnosi na mene	Djelomično se odnosi na mene	Odnosi se na mene	U velikoj mjeri se odnosi na mene	U potpunosti se odnosi na mene	
Dobroga sam zdravlja.	86 (16,4)	110 (21)	121 (23,1)	106 (20,3)	100 (19,1)	523 (100)
Osjećam se dobro sa samim/samom sobom.	51 (9,8)	74 (14,1)	124 (23,7)	136 (26)	138 (26,4)	523 (100)
Sposoban/na sam brinuti se o sebi.	49 (9,4)	52 (9,9)	99 (18,9)	100 (19,1)	223 (42,6)	523 (100)
Kronične bolesti značajno smanjuju kvalitetu mog života.	95 (18,2)	102 (19,5)	140 (26,8)	112 (21,4)	74 (14,1)	523 (100)
Sposoban/na sam uspješno se suočiti s promjenama u svojim kasnijim godinama.	41 (7,8)	75 (14,3)	127 (24,3)	138 (26,4)	142 (27,2)	523 (100)
Osjećam se usamljeno ili izolirano.	266 (50,9)	104 (19,9)	82 (15,7)	43 (8,2)	28 (5,4)	523 (100)
Uspješno se prilagođavam promjenama koje su povezane sa starenjem.	38 (7,3)	83 (15,9)	148 (28,3)	118 (22,6)	136 (26)	523 (100)
Zadovoljan/na sam svojim životom većinu vremena.	44 (8,4)	66 (12,6)	122 (23,3)	134 (25,6)	157 (30)	523 (100)
Sposoban/na sam postići sve ono što trebam i nešto od onoga što želim.	58 (11,1)	73 (14)	124 (23,7)	137 (26,2)	131 (25)	523 (100)
Sposoban/na sam djelovati u skladu s mojim standardima i vrijednostima.	51 (9,8)	64 (12,2)	124 (23,7)	128 (24,5)	156 (29,8)	523 (100)
Imam prijatelje i obitelj koji su tu zbog mene.	41 (7,8)	49 (9,4)	102 (19,5)	114 (21,8)	217 (41,5)	523 (100)
Ne žalim za načinom na koji sam proveo/la svoj život.	45 (8,6)	59 (11,3)	127 (24,3)	123 (23,5)	169 (32,3)	523 (100)
Uključen/na sam u svijet i ljude koji me okružuju.	37 (7,1)	83 (15,9)	125 (23,9)	133 (25,4)	145 (27,7)	523 (100)
Imam osjećaj mira kada razmišljam o tome da neću živjeti vječno.	68 (13,0)	107 (20,5)	146 (27,9)	93 (17,8)	109 (20,8)	523 (100)
Imam osjećaj da sam bio/bila sposoban/na utjecati na tuđe živote na pozitivan način.	44 (8,4)	70 (13,4)	161 (30,8)	135 (25,8)	113 (21,6)	523 (100)
Sposoban/na sam odabrati stvari koje se tiču mog starenja, kao što su prehrana, vježbanje i pušenje.	39 (7,5)	65 (12,4)	139 (26,6)	116 (22,2)	164 (31,4)	523 (100)
Imam gene (nasljeđe) koji mi pomažu da dobro starim.	80 (15,3)	91 (17,4)	123 (23,5)	111 (21,2)	118 (22,6)	523 (100)
Nastavljam učiti nove stvari i u kasnijim godinama.	87 (16,6)	100 (19,1)	123 (23,5)	100 (19,1)	113 (21,6)	523 (100)
Radim na plaćenim ili volonterskim aktivnostima nakon uobičajene dobi za umirovljenje.	350 (66,9)	61 (11,7)	48 (9,2)	27 (5,2)	37 (7,1)	523 (100)
Mislim da ću živjeti vrlo dugo.	136 (26,0)	123 (23,5)	132 (25,2)	53 (10,1)	79 (15,1)	523 (100)

Medijan skale je 3,3 u rasponu od 1 do 5. Viši rezultat upućuje na percepciju vlastitog starenja kao uspješnijeg (Tablica 5.22).

Tablica 5.22. Ocjena percepcije uspješnog starenja

	Medijan (interkvartilni raspon)	Najmanja do najveća vrijednost
Skala uspješnog starenja	3,3 (2,6 – 3,9)	1 – 5

5.4. Razlike u povezljivosti, funkcionalnoj sposobnosti, samopoštovanju, životnom zadovoljstvu, simptomima i znakovima depresije, usamljenosti i uspješnom starenju s obzirom na opća obilježja ispitanika.

Uspoređujući skale s obzirom na spol, uočavamo da su kod žena značajnije izraženije podskale prijatelja (Mann Whitney U test, $P = 0,04$), duhovnosti (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i ukupna Skala povezljivosti (Mann Whitney U test, $P = 0,008$) u odnosu na muškarce, dok u ostalim podskalama i skalama nema značajnih razlika u odnosu na spol (Tablica 5.23).

Tablica 5.23. Razlike u skalama s obzirom na spol

	Medijan (interkvartilni raspon)		Hodges- Lehmannova razlika medijana (95 % raspon pouzdanosti)	P^*
	Muškarci	Žene		
Samoregulacija	8,4 (7,0 – 10,4)	9 (7,5 – 10,7)	0,35 (-0,04 do 0,73)	0,09
Suočavanje sa starenjem	9,1 (7,5 – 10,2)	8,8 (7,5 – 10,4)	-0,05 (-0,5 do 0,3)	0,78
Obitelj	9,4 (7,3 – 11,1)	10 (7,9 – 11,3)	0,35 (0 do 0,7)	0,07
Prijatelji	7,7 (6,3 – 10,6)	8,4 (6,9 – 11,1)	0,4 (0 do 0,9)	0,04
Duhovnost	7,5 (5 – 10,2)	10,8 (7,5 – 12)	2 (1,5 do 2,6)	<0,001
Skala povezljivosti – ukupno	8,7 (7,2 – 10,1)	9,1 (7,8 – 10,4)	0,5 (0,1 do 0,8)	0,008
Funkcionalna sposobnost	1,17 (1 – 1,8)	1,0 (1 – 1,7)	0 (0 do 0)	0,14
Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	35 (30 – 40)	36 (30 – 40)	0 (-1 do 1)	0,96
Ocjena životnog zadovoljstva	17 (15 – 20)	17 (15 – 20)	0 (-1 do 1)	0,79
Gerijatrijska skala depresije	4 (1 – 7)	3 (1 – 7)	0 (-1 do 1)	0,57
UCLA skala usamljenosti	51 (47 – 55)	51 (47 – 55)	0 (-1 do 1)	0,74
Skala uspješnog starenja	3,2 (2,7 – 3,8)	3,3 (2,6 – 3,9)	0,1 (-0,05 do 0,25)	0,25

*Mann Whitney U test

Kod ispitanika koji žive na selu, u odnosu na one koji žive u gradu ili prigradskom naselju, značajnije je lošija funkcionalna sposobnost (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i više su izraženi simptomi depresije (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) značajno je lošije ocijenjena skala uspješnog starenja (Mann Whitney U test, $P = 0,001$) (Tablica 5.23).

Tablica 5.24. Razlike u skalama s obzirom na mjesto stanovanja

	Medijan (interkvartilni raspon)		Hodges- Lehmannova razlika medijana (95 % raspon pouzdanosti)	P^*
	Selo	Grad/ Prigradsko naselje		
Samoregulacija	8,6 (6,9 – 10,6)	9,1 (7,5 – 10,7)	0,4 (0 do 0,8)	0,05
Suočavanje sa starenjem	8,8 (7,3 – 10,1)	8,9 (7,5 – 10,6)	0,3 (-0,05 do 0,7)	0,13
Obitelj	9,8 (7,5 – 11,3)	9,7 (7,8 – 11,2)	0,05 (-0,2 do 0,5)	0,53
Prijatelji	8 (6,6 – 10,9)	8,2 (6,8 – 11,1)	0 (-0,1 do 0,5)	0,54
Duhovnost	9,6 (7,2 – 12)	9,5 (6,4 – 12)	0 (-0,3 do 0)	0,41
Skala povezljivosti – ukupno	8,8 (7,6 – 10,4)	9 (7,8 – 10,4)	0,2 (-0,1 do 0,5)	0,28
Funkcionalna sposobnost	1,3 (1 – 1,9)	1 (1 – 1,4)	0 (-0,08 do 0)	<0,001
Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	35 (30 – 40)	36 (30 – 40)	1 (-1 do 2)	0,33
Ocjena životnog zadovoljstva	17 (15 – 20)	17 (15 – 20)	0 (-1 do 1)	0,94
Gerijatrijska skala depresije	4 (2 – 7)	2 (1 – 6)	-1 (-2 do 0)	<0,001
UCLA skala usamljenosti	51 (47 – 55)	51 (48 – 55)	0 (-1 do 1)	0,41
Skala uspješnog starenja	3,1 (2,5 – 3,8)	3,4 (2,7 – 3,9)	0,3 (0,1 do 0,4)	0,001

*Mann Whitney U test

Ispitanici koji žive u vlastitoj obiteljskoj kući / stanu, u odnosu na ostale, značajnije imaju izraženu samoregulaciju (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), bolje se suočavaju sa starenjem (Mann Whitney U test, $P = 0,01$), izraženija im je podskala prijatelji (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), kao i ukupna Skala povezljivosti (Mann Whitney U test, $P = 0,003$). Također, značajnije im je bolja funkcionalna sposobnost (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), bolje im je samopoštovanje (Mann Whitney U test, $P = 0,001$), manje su izraženi simptomi depresije (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i bolje su ocijenili uspješnost starenja (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.25). Kod ispitanika koji su u braku, u odnosu na ostale, izraženija je samoregulacija (Mann Whitney U test, $P = 0,03$), izraženija je podskala obitelji (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), kao i ukupna Skala povezljivosti (Mann Whitney U test, $P = 0,03$). Također, značajnije im je bolja funkcionalna sposobnost (Mann Whitney U test, $P < 0,001$), bolje im je

samopoštovanje (Mann Whitney U test, $P = 0,03$), manje su izraženi simptomi depresije (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) i bolje su ocijenili uspješnost starenja (Mann Whitney U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.26).

Tablica 5.25. Razlike u skalama s obzirom na način stanovanja

	Medijan (interkvartilni raspon)		Hodges- Lehmannova razlika medijana (95 % raspon pouzdanosti)	P^{\dagger}
	Vlastita obiteljska kuća/ stan	Ostalo		
Samoregulacija	9 (7,5 – 10,7)	7,3 (6,2 – 9,6)	-1,2 (-1,8 do -0,6)	<0,001
Suočavanje sa starenjem	9 (7,5 – 10,5)	8,2 (6,8 – 9,7)	-0,8 (-1,3 do -0,2)	0,01
Obitelj	9,8 (7,7 – 11,3)	9,3 (6,9 – 11,2)	-0,4 (-0,9 do 0,2)	0,19
Prijatelji	8,4 (6,9 – 11,1)	7,0 (5,3 – 8,4)	-1,5 (-2,2 do -0,7)	<0,001
Duhovnost	9,6 (6,8 – 12,0)	10,5 (7,2 – 12,0)	0 (0 do 0,8)	0,37
Skala povezljivosti – ukupno	9 (7,8 – 10,4)	8,3 (6,9 – 9,7)	-0,8 (-1,3 do -0,3)	0,003
Funkcionalna sposobnost	1 (1 – 1,5)	1,8 (1,3 – 2,3)	0,6 (0,4 do 0,8)	<0,001
Ocjena samopoštovanja	36 (31 – 40)	32 (28 – 37)	-3 (-5 do -1)	0,001
Ocjena životnog zadovoljstva	17 (15 – 20)	16 (15 – 20)	-1 (-2 do 0)	0,21
Gerijatrijska skala depresije	3 (1 – 6)	6 (4 – 9)	3 (2 do 4)	<0,001
UCLA skala usamljenosti	51 (47 – 55)	52 (47 – 57)	0 (-1 do 2)	0,79
Skala uspješnog starenja	3,3 (2,7 – 3,9)	2,7 (2,2 – 3,3)	-0,5 (-0,7 do -0,3)	<0,001

*Mann Whitney U test

Tablica 5.26. Razlike u skalama s obzirom na bračni status

	Medijan (interkvartilni raspon)		Hodges- Lehmannova razlika medijana (95 % raspon pouzdanosti)	P^{\dagger}
	Brak/ izvanbračna zajednica	Ostalo*		
Samoregulacija	9,1 (7,5 – 10,9)	8,5 (7,1 – 10,5)	-0,4 (-0,8 do 0)	0,03
Suočavanje sa starenjem	9 (7,5 – 10,5)	8,7 (7,4 – 10,2)	-0,2 (-0,6 do 0,2)	0,27
Obitelj	10,2 (8,1 – 11,6)	9,2 (7,2 – 11,0)	-0,7 (-1,1 do -0,4)	<0,001
Prijatelji	8,4 (6,9 – 11,1)	8,0 (6,4 – 10,5)	-0,3 (-0,8 do 0)	0,07
Duhovnost	9,2 (6,3 – 12)	10,2 (7,2 – 12)	0 (0 do 0,7)	0,06
Skala povezljivosti - ukupno	9,3 (7,8 – 10,5)	8,8 (7,6 – 10,2)	-0,4 (-0,7 do 0)	0,03
Funkcionalna sposobnost	1 (1 – 1,4)	1,2 (1 – 1,9)	0 (0 do 0,08)	<0,001
Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	36 (31 – 40)	34 (30 – 39)	-1 (-2 do 0)	0,03
Ocjena životnog zadovoljstva	17 (15 – 20)	17 (15 – 20)	0 (-1 do 0)	0,19
Gerijatrijska skala depresije	2 (1 – 6)	4 (2 – 8)	1 (0 do 2)	<0,001
UCLA skala usamljenosti	50 (47 – 55)	52 (48 – 55)	1 (0 do 2)	0,14
Skala uspješnog starenja	3,3 (2,7 – 3,9)	3,2 (2,5 – 3,8)	-0,2 (-0,4 do -0,1)	0,009

*nisu u braku/izvanbračnoj zajednici; udovci/udovice; rastavljeni; \dagger Mann Whitney U test

Kod ispitanika nezavršene i završene osnovne škole u odnosu na druge razine obrazovanja, značajno niže vrijednosti poprima podskala samoregulacije (Kruskal Wallis test, $P = 0,01$), duhovnosti (Kruskal Wallis test, $P = 0,03$), izraženost simptoma depresije (Kruskal Wallis test, $P = 0,001$) i uspješno starenje (Kruskal Wallis test, $P = 0,003$). Funkcionalna sposobnost se značajno razlikuje po svim skupinama s obzirom na razinu obrazovanja (Kruskal Wallis test, $P < 0,001$) (Tablica 5.27).

Tablica 5.27. Razlike u skalama s obzirom na razinu obrazovanja

	Medijan (interkvartilni raspon)			P^*
	Nezavršena i završena OŠ	Srednja stručna sprema	Viša/ visoka stručna sprema	
Samoregulacija	8,4 (6,7 – 10,2)	9,1 (7,5 – 10,8)	9,3 (7,5 – 10,9)	0,01[†]
Suočavanje sa starenjem	8,5 (7,4 – 9,9)	9,1 (7,5 – 10,4)	9,1 (7,5 – 10,9)	0,16
Obitelj	9,9 (7,6 – 11,3)	10 (7,6 – 11,3)	9,2 (7,7 – 10,9)	0,54
Prijatelji	8 (6,1 – 10,5)	8,1 (6,9 – 11,1)	8,4 (6,6 – 10,8)	0,33
Duhovnost	10,6 (7,5 – 12)	9,3 (6,9 – 12)	9,3 (5,3 – 12)	0,03[†]
Skala povezljivosti – ukupno	8,8 (7,6 – 10,2)	9,2 (7,7 – 10,4)	9 (7,7 – 10,4)	0,40
Funkcionalna sposobnost	1,4 (1 – 2)	1,1 (1 – 1,6)	1 (1 – 1,2)	<0,001[‡]
Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	34 (30 – 40)	35 (31 – 40)	37 (32 – 39)	0,06
Ocjena životnog zadovoljstva	17 (15 – 19)	17 (15 – 20)	17 (15 – 20)	0,64
Gerijatrijska skala depresije	4 (2 – 8)	3 (1 – 6)	2 (1 – 7)	0,001[†]
UCLA skala usamljenosti	51 (47 – 55)	51 (47 – 55)	52 (48 – 55)	0,54
Skala uspješnog starenja	3,1 (2,4 – 3,8)	3,3 (2,7 – 3,9)	3,5 (2,8 – 4,1)	0,003[†]

* Kruskal Wallis test (post hoc Conover);

[†]na razini $P < 0,05$ značajno su niže vrijednosti kod ispitanika nezavršene i završene OŠ u odnosu na druge razine obrazovanja

[‡]na razini $P < 0,05$ značajno se razlikuju sve vrijednosti u odnosu na stručnu spremu

Ispitanici koji su roditelji, značajno su više ocijenili podskalu obitelji (Mann Whitney U test, $P = 0,003$) u odnosu na ispitanike bez djece, dok u drugim podskalama i skalama nema značajnih razlika s obzirom na roditeljstvo (Tablica 5.28).

Tablica 5.28. Razlike u skalama s obzirom na roditeljstvo

	Medijan (interkvartilni raspon)		Hodges- Lehmannova razlika medijana (95 % raspon pouzdanosti)	P*
	Imaju djecu	Bez djece		
Samoregulacija	8,9 (7,2 – 10,7)	8,8 (7,5 – 10,2)	-0,04 (-0,8 do 10,2)	0,83
Suočavanje sa starenjem	8,9 (7,5 – 10,4)	8,7 (7,5 – 10,2)	-0,05 (-0,8 do 0,6)	0,82
Obitelj	9,9 (7,8 – 11,3)	7,9 (6,7 – 10,2)	-10,2 (-1,9 do -0,5)	0,003
Prijatelji	8,1 (6,7 – 10,9)	8,3 (6,8 – 10,5)	0 (-0,8 do 0,8)	0,87
Duhovnost	9,6 (6,9 – 12)	8,8 (6,8 – 12)	0 (-1 do 0,1)	0,47
Skala povezljivosti - ukupno	9 (7,7 – 10,4)	8,3 (7,3 – 10,4)	-0,4 (-0,9 do 0,2)	0,23
Funkcionalna sposobnost	1 (1 – 2)	1 (1 – 1,7)	0 (0 – 0)	0,81
Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	35 (31 – 40)	34 (30 – 39)	-1 (-3 do 1)	0,24
Ocjena životnog zadovoljstva	17 (15 – 20)	17 (15 – 20)	0 (-2 do 1)	0,55
Gerijatrijska skala depresije	3 (1 – 7)	6 (1 – 8)	1 (0 do 3)	0,05
UCLA skala usamljenosti	51 (47 – 55)	53 (48 – 57)	1 (0 – 4)	0,14
Skala uspješnog starenja	3,3 (2,7 – 3,9)	3,0 (2,4 – 3,6)	-0,3 (-0,6 do 0)	0,05

*Mann Whitney U test

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenila se povezanost podskala i skala s dobi ispitanika, s ocjenom fizičkog i psihičkog zdravlja.

Uočava se da što je veća dob ispitanika ili što je ispitanik dulje u mirovini manje su ocijenjene podskala samoregulacije, podskala obitelj, podskala prijatelji, te cijela skala povezljivosti, manje je samopoštovanje i ocjena životnog zadovoljstva. Uz veću dob ili više godina provedenih u mirovini smanjuje se i funkcionalna sposobnost i više su izraženi simptomi depresije. Usamljenost je veća kod ispitanika koji su dulje u mirovini.

Što je veća ocjena fizičkog zdravlja, to su bolje ocijenjene sve podskale (osim duhovnosti) i ukupna skala povezljivosti, veća je funkcionalna sposobnost, veće je samopoštovanje i ocjena životnog zadovoljstva, a manje su izraženi simptomi depresije i manje je izražena usamljenost, dok je bolje ocijenjena Skala uspješnog starenja. Uz veću ocjenu psihičkog zdravlja, bolje su ocijenjene sve podskale i ukupna skala povezljivosti, veća je funkcionalna sposobnost, veće je samopoštovanje i ocjena životnog zadovoljstva, a manje su izraženi simptomi depresije i manje je izražena usamljenost, dok je bolje ocijenjena Skala uspješnog starenja (Tablica 5.29).

Tablica 5.29. Povezanost skala s dobi i ocjenom fizičkog i psihičkog zdravlja (n = 523), te s vremenom provedenim u mirovini (n = 457)

	Spearmanov koeficijent korelacije ρ (P vrijednost)			
	Dob	Ocjena fizičkog zdravlja	Ocjena psihičkog zdravlja	Trajanje umirovljenja (godine)
Samoregulacija	-0,203 (<0,001)	0,559 (<0,001)	0,586 (<0,001)	-0,199 (<0,001)
Suočavanje sa starenjem	-0,041 (0,35)	0,237 (<0,001)	0,261 (<0,001)	-0,066 (0,16)
Obitelj	-0,172 (<0,001)	0,338 (<0,001)	0,354 (<0,001)	-0,173 (<0,001)
Prijatelji	-0,240 (<0,001)	0,389 (<0,001)	0,372 (<0,001)	-0,212 (<0,001)
Duhovnost	0,018 (0,68)	0,063 (0,15)	0,127 (<0,001)	0,051 (0,28)
Skala povezljivosti	-0,169 (<0,001)	0,442 (<0,001)	0,47 (<0,001)	-0,158 (0,001)
Funkcionalna sposobnost	0,384 (<0,001)	-0,475 (<0,001)	-0,423 (<0,001)	0,383 (<0,001)
Ocjena samopoštovanja	-0,122 (0,01)	0,469 (<0,001)	0,504 (<0,001)	-0,148 (0,001)
Ocjena životnog zadovoljstva	-0,072 (0,1)	0,464 (<0,001)	0,485 (<0,001)	-0,062 (0,18)
Gerijatrijska skala depresije	0,195 (<0,001)	-0,532 (<0,001)	-0,544 (<0,001)	0,237 (<0,001)
UCLA skala usamljenosti	0,004 (0,93)	-0,255 (<0,001)	-0,225 (<0,001)	0,101 (0,03)
Skala uspješnog starenja	-0,177 (<0,001)	0,478 (<0,001)	0,453 (<0,001)	-0,199 (<0,001)

Nema značajne razlike u razini životnog zadovoljstva, razini znakova depresije i usamljenosti s obzirom na spol (Tablica 5.30).

Tablica 5.30. Životno zadovoljstvo, moguća depresija i razina usamljenosti s obzirom na spol

	Broj (%) ispitanika prema spolu			P*
	Muškarci (n = 169)	Žene (n = 354)	Ukupno (n = 523)	
Životno zadovoljstvo				
Ekstremno nezadovoljni	3 (2)	3 (1)	6 (1)	0,41
Nezadovoljni	9 (5)	17 (5)	26 (5)	
Pomalo nezadovoljni	24 (14)	46 (13)	70 (13)	
Neutralni	24 (14)	39 (11)	63 (12)	
Pomalo zadovoljni	55 (33)	147 (42)	202 (39)	
Zadovoljni	35 (21)	75 (21)	110 (21)	
Ekstremno zadovoljni	19 (11)	27 (8)	46 (9)	
Gerijatrijska skala depresije				
Nema znakova moguće depresije	109 (64)	243 (69)	352 (67)	0,20
Manji znakovi moguće depresije	38 (22)	57 (16)	95 (18)	
Veći znakovi moguće depresije	22 (13)	54 (15)	76 (15)	
Razina usamljenosti (UCLA)				
Bez rizika usamljenosti	1 (1)	3 (1)	4 (1)	0,85
Veći rizik usamljenosti	154 (91)	316 (89)	470 (90)	
Usamljeni	14 (8)	35 (10)	49 (9)	

* χ^2 test

Nema značajne razlike u razini životnog zadovoljstva, razini znakova depresije i usamljenosti s obzirom na mjesto stanovanja (Tablica 5.31).

Tablica 5.31. Životno zadovoljstvo, moguća depresija i razina usamljenosti s obzirom na mjesto stanovanja

	Broj (%) ispitanika prema mjestu stanovanja			P*
	Selo (n = 232)	Grad/ prigradsko naselje (n = 291)	Ukupno (n = 523)	
Životno zadovoljstvo				
Ekstremno nezadovoljni	2 (1)	4 (1)	6 (1)	0,46
Nezadovoljni	16 (7)	10 (3)	26 (5)	
Pomalo nezadovoljni	29 (13)	41 (14)	70 (13)	
Neutralni	25 (11)	38 (13)	63 (12)	
Pomalo zadovoljni	94 (41)	108 (37)	202 (39)	
Zadovoljni	44 (19)	66 (23)	110 (21)	
Ekstremno zadovoljni	22 (9)	24 (8)	46 (9)	
Gerijatrijska skala depresije				
Nema znakova moguće depresije	148 (64)	204 (70)	352 (67)	0,27
Manji znakovi moguće depresije	45 (19)	50 (17)	95 (18)	
Veći znakovi moguće depresije	39 (17)	37 (13)	76 (15)	
Razina usamljenosti (UCLA)				
Bez rizika usamljenosti	1 (0,4)	3 (1)	4 (1)	0,69
Veći rizik usamljenosti	208 (89,6)	262 (90)	470 (90)	
Usamljeni	23 (10)	26 (9)	49 (9)	

* χ^2 test

Bez znakova moguće depresije značajnije više su ispitanici koji žive u vlastitoj obiteljskoj kući / stanu, dok manje ili veće znakove moguće depresije imaju ispitanici koji ne žive u vlastitoj obiteljskoj kući / stanu (χ^2 test, $P < 0,001$) (Tablica 5.32).

Tablica 5.32. Životno zadovoljstvo, moguća depresija i razina usamljenosti s obzirom na mjesto življenja

	Broj (%) ispitanika prema mjestu življenja			P*
	Vlastita obiteljska kuća/ stan (n = 457)	Ostalo (n = 65)	Ukupno (n = 523)	
Životno zadovoljstvo				
Ekstremno nezadovoljni	5 (1)	1 (2)	6 (1)	0,82
Nezadovoljni	21 (5)	5 (8)	26 (5)	
Pomalo nezadovoljni	63 (14)	7 (11)	70 (13)	
Neutralni	53 (12)	10 (15)	63 (12)	
Pomalo zadovoljni	176 (39)	25 (38)	201 (39)	
Zadovoljni	97 (21)	13 (20)	110 (21)	
Ekstremno zadovoljni	42 (9)	4 (6)	46 (9)	
Gerijatrijska skala depresije				
Nema znakova moguće depresije	324 (71)	27 (42)	351 (67)	<0,001
Manji znakovi moguće depresije	73 (16)	22 (34)	95 (18)	
Veći znakovi moguće depresije	60 (13)	16 (25)	76 (15)	
Razina usamljenosti (UCLA)				
Bez rizika usamljenosti	3 (1)	1 (2)	4 (1)	0,68
Veći rizik usamljenosti	412 (90)	57 (88)	469 (90)	
Usamljeni	42 (9)	7 (11)	49 (9)	

* χ^2 test

Bez znakova moguće depresije značajnije više su ispitanici koji žive u braku ili izvanbračnoj zajednici, dok manje ili veće simptome i znakove moguće depresije imaju ispitanici koji nisu u braku ili izvanbračnoj zajednici; udovci/udovice; rastavljeni (χ^2 test, $P = 0,01$) (Tablica 5.33).

Nema značajnih razlika u raspodjeli ispitanika s obzirom na životno zadovoljstvo, mogućnost depresije i razinu usamljenosti s obzirom na razinu obrazovanja (Tablica 5.34).

Tablica 5.33. Životno zadovoljstvo, moguća depresija i razina usamljenosti s obzirom na bračni status

	Broj (%) ispitanika prema bračnom statusu			P ^t
	Brak/ izvanbračna zajednica (n = 278)	Ostalo* (n = 245)	Ukupno (n = 523)	
Životno zadovoljstvo				
Ekstremno nezadovoljni	1 (0,4)	5 (2)	6 (1)	0,18
Nezadovoljni	16 (6)	10 (4)	26 (5)	
Pomalo nezadovoljni	33 (11,6)	37 (15)	70 (13)	
Neutralni	34 (12)	29 (12)	63 (12)	
Pomalo zadovoljni	104 (37)	98 (40)	202 (39)	
Zadovoljni	59 (21)	51 (21)	110 (21)	
Ekstremno zadovoljni	31 (11)	15 (6)	46 (9)	
Gerijatrijska skala depresije				
Nema znakova moguće depresije	203 (73)	149 (61)	352 (67)	0,01
Manji znakovi moguće depresije	43 (15)	52 (21)	95 (18)	
Veći znakovi moguće depresije	32 (12)	44 (18)	76 (15)	
Razina usamljenosti (UCLA)				
Bez rizika usamljenosti	2 (1)	2 (1)	4 (1)	0,94
Veći rizik usamljenosti	251 (90)	219 (89)	470 (90)	
Usamljeni	25 (9)	24 (10)	49 (9)	

*nisu u braku/izvanbračnoj zajednici; udovci/udovice; rastavljeni; ^t χ^2 test

Tablica 5.34. Životno zadovoljstvo, moguća depresija i razina usamljenosti s obzirom na razinu obrazovanja

	Broj (%) ispitanika prema razini obrazovanja				P [*]
	Nezavršena i završena OŠ (n = 160)	Srednja stručna sprema (n = 257)	Viša/ visoka stručna sprema (n = 106)	Ukupno (n = 523)	
Životno zadovoljstvo					
Ekstremno nezadovoljni	1 (1)	4 (2)	1 (1)	6 (1)	0,78
Nezadovoljni	7 (4)	15 (6)	4 (4)	26 (5)	
Pomalo nezadovoljni	26 (16)	31 (12)	13 (12)	70 (13)	
Neutralni	19 (12)	33 (13)	11 (10)	63 (12)	
Pomalo zadovoljni	68 (43)	91 (35)	43 (41)	202 (39)	
Zadovoljni	25 (16)	60 (23)	25 (24)	110 (21)	
Ekstremno zadovoljni	14 (9)	23 (9)	9 (8)	46 (9)	
Gerijatrijska skala depresije					
Nema znakova moguće depresije	98 (61)	178 (69)	76 (72)	352 (67)	0,37
Manji znakovi moguće depresije	33 (21)	45 (18)	17 (16)	95 (18)	
Veći znakovi moguće depresije	29 (18)	34 (13)	13 (12)	76 (15)	
Razina usamljenosti (UCLA)					
Bez rizika usamljenosti	1 (1)	2 (1)	1 (1)	4 (1)	0,98
Veći rizik usamljenosti	144 (90)	232 (90)	94 (89)	470 (90)	
Usamljeni	15 (9)	23 (9)	11 (10)	49 (9)	

* χ^2 test

Bez znakova moguće depresije značajnije više su ispitanici koji su roditelji, u odnosu na one koji nemaju djecu, dok manje ili veće znakove moguće depresije imaju ispitanici koji nemaju djecu (χ^2 test, $P = 0,007$) (Tablica 5.35).

Tablica 5.35. Životno zadovoljstvo, gerijatrijska depresija i razina usamljenosti s obzirom na roditeljstvo

	Broj (%) ispitanika prema roditeljstvu			P^*
	Imaju djecu (n = 278)	Bez djece (n = 245)	Ukupno (n = 523)	
Životno zadovoljstvo				
Ekstremno nezadovoljni	5 (1)	1 (2)	6 (1)	0,79
Nezadovoljni	24 (5)	2 (5)	26 (5)	
Pomalo nezadovoljni	63 (13)	7 (17)	70 (13)	
Neutralni	58 (12)	5 (12)	63 (12)	
Pomalo zadovoljni	189 (39)	13 (32)	202 (39)	
Zadovoljni	99 (21)	11 (27)	110 (21)	
Ekstremno zadovoljni	44 (9)	2 (5)	46 (9)	
Gerijatrijska skala depresije				
Nema znakova moguće depresije	333 (69)	19 (46)	352 (67)	0,007
Manji znakovi moguće depresije	81 (17)	14 (34)	95 (18)	
Veći znakovi moguće depresije	68 (14)	8 (20)	76 (15)	
Razina usamljenosti (UCLA)				
Bez rizika usamljenosti	4 (1)	0	4 (1)	0,18
Veći rizik usamljenosti	436 (90)	34 (83)	470 (90)	
Usamljeni	42 (9)	7 (17)	49 (9)	

* χ^2 test

5.5. Doprinos povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, moguće depresije, usamljenosti i uspješnom starenju starijih osoba

Hijerarhijskom regresijskom analizom provjeren je utjecaj povezljivosti, usamljenosti, depresije, samopoštovanja, životnog zadovoljstva i funkcionalne sposobnosti na uspješno starenje starijih osoba. Preliminarnim analizama dokazano je da pretpostavke normalnosti, linearnosti, multikolinearnosti i homogenosti varijance nisu bile narušene.

Ako se promatra doprinos pojedinačne skale (uz korekciju za dob i spol), najviše promjenu varijance objašnjava ocjena životnog zadovoljstva (25,5 %), gerijatrijska skala depresije (26,2 %) i skala povezljivosti (22,3 %) (Tablica 5.36)

Tablica 5.36. Utjecaj svake pojedinačne skale na uspješno starenje uz korekciju za dob i spol (hijerarhijska linearna regresija)

Model	Prediktor	Regresijski koeficijent β	95 % raspon pouzdanosti za β	P	Model		Objašnjava uključen čimbenik korigiran za spol i dob
					Objašnjena varijanca	P	
I	Spol	0,06	-0,09 do 0,21	0,43	4 %	<0,001	
	Dob	-0,02	-0,03 do -0,01	<0,001			
	Funkcionalna sposobnost	-0,56	-0,68 do -0,43	<0,001			
II	Spol	0,06	-0,09 do 0,21	0,36	4 %	<0,001	
	Dob	-0,02	-0,03 do -0,01	<0,001			
	Ocjena samopoštovanja	0,06	0,05 do 0,07	<0,001			
III	Spol	0,06	-0,09 do 0,21	0,43	4 %	<0,001	
	Dob	-0,02	-0,03 do -0,01	<0,001			
	Ocjena životnog zadovoljstva	0,10	0,09 do 0,11	<0,001			
IV	Spol	0,06	-0,09 do 0,21	0,43	4 %	<0,001	
	Dob	-0,02	-0,03 do -0,01	<0,001			
	Gerijatrijska skala depresije	-0,11	-0,12 do -0,09	<0,001			
V	Spol	0,06	-0,09 do 0,21	0,43	4 %	<0,001	
	Dob	-0,02	-0,03 do -0,01	<0,001			
	UCLA skala usamljenosti	-0,03	-0,04 do -0,02	<0,001			
VI	Spol	0,06	-0,09 do 0,21	0,43	4 %	<0,001	
	Dob	-0,02	-0,03 do -0,01	<0,001			
	Skala povezljivosti	0,22	0,19 do 0,26	<0,001			

U ukupnom objašnjenju uspješnog starenja starijih osoba upotrijebljena je hijerarhijska multivarijatna regresijska analiza nakon uklanjanja utjecaja sociodemografskih obilježja (spol, dob).

Prvi model činili su dob i spol, što je objasnilo 4 % varijance uspješnog starenja. Nakon unošenja funkcionalne sposobnosti u drugome koraku, modelom kao cjelinom objašnjeno je 16,4 % ukupne varijance, a dodana funkcionalna sposobnost objasnila je dodatnih 12,4 % varijance.

U trećem koraku dodana je ocjena samopoštovanja, te je modelom kao cjelinom objašnjeno 25,8 % ukupne varijance, od čega 9,4 % varijance objašnjava samopoštovanje. Ocjena životnog zadovoljstva dodana je u četvrtom koraku, kada model kao cjelina objašnjava 34 % varijance uspješnog starenja, od čega ocjena životnog zadovoljstva objašnjava 8,2 % varijance.

U petom koraku dodana je gerijatrijska skala depresije, pa model kao cjelina objašnjava 36,7 % ukupne varijance, od čega skala depresije 2,7 % varijance uspješnog starenja. U šestom koraku u model je dodala skala usamljenosti, te model kao cjelina objašnjava 36,8 % varijance uspješnog starenja, od čega 0,1 % varijance skala usamljenosti.

U konačnom modelu, u objašnjenju uspješnog starenja, kao značajni prediktori pokazali su se bolja funkcionalna sposobnost ($\beta = -0,14$, 95 %-tni interval pouzdanosti od $-0,27$ do $-0,01$, $P = 0,04$), bolje životno zadovoljstvo ($\beta = 0,04$, 95 %-tni interval pouzdanosti $0,02$ do $0,06$, $P < 0,001$), manje izraženi simptomi depresije ($\beta = -0,04$, 95 %-tni interval pouzdanosti $-0,07$ do $-0,02$, $P < 0,001$) te bolja povezljivost ($\beta = 0,09$, 95 %-tni interval pouzdanosti $0,04$ do $0,13$, $P < 0,001$) (Tablica 5.38 i Tablica 5.39).

Tablica 5.37. Utjecaj nezavisnih prediktora na ocjenu uspješnog starenja (modeli od I do IV)

Model	Prediktor	Regresijski koeficijent β	95 % raspon pouzdanosti za β	P
I	Spol	0,06	-0,09 do 0,21	0,43
	Dob	-0,02	-0,03 do -0,01	<0,001
Regresijski model		R = 0,201; R ² = 0,040; R ² _{kor} = 0,037 F _(2, 520) = 10,9; P < 0,001; Cohenov f ² = 0,042		
II	Spol	0,03	-0,11 do 0,17	0,67
	Dob	-0,007	-0,02 do 0	0,20
Funkcionalna sposobnost		-0,56	-0,68 do -0,43	<0,001
Regresijski model		R = 0,405; R ² = 0,164; R ² _{kor} = 0,159 F _(3, 519) = 33,9; P < 0,001; Cohenov f ² = 0,196		
III	Spol	0,05	-0,08 do 0,18	0,49
	Dob	-0,009	-0,02 do 0	0,05
Funkcionalna sposobnost		-0,29	-0,42 do -0,16	<0,001
Ocjena samopoštovanja		0,04	0,03 do 0,06	<0,001
Regresijski model		R = 0,508; R ² = 0,258; R ² _{kor} = 0,253 F _(4, 518) = 45,1; P < 0,001; Cohenov f ² = 0,348		
IV	Spol	0,05	-0,08 do 0,17	0,47
	Dob	-0,01	-0,02 do 0	0,01
Funkcionalna sposobnost		-0,27	-0,4 do -0,14	<0,001
Ocjena samopoštovanja		0,02	0 do 0,03	0,02
Ocjena životnog zadovoljstva		0,07	0,06 do 0,09	<0,001
Regresijski model		R = 0,583; R ² = 0,340; R ² _{kor} = 0,333 F _(5, 517) = 53,2; P < 0,001; Cohenov f ² = 0,515		

R² – ukupni doprinos objašnjenjanoj varijanci; R²_{kor} – korigirani ukupni doprinos objašnjenjanoj varijanci; Cohenov f² – veličina učinka

Tablica 5.38. Utjecaj nezavisnih prediktora na ocjenu uspješnog starenja (modeli od V do VII)

Model	Prediktor	Regresijski koeficijent β	95 % raspon pouzdanosti za β	<i>P</i>
V	Spol	0,04	-0,08 do 0,16	0,49
	Dob	-0,01	-0,02 do 0	0,02
	Funkcionalna sposobnost	-0,14	-0,28 do -0,01	0,04
	Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	0,007	-0,01 do 0,02	0,33
	Ocjena životnog zadovoljstva	0,06	0,04 do 0,08	<0,001
	Gerijatrijska skala depresije	-0,05	-0,08 do -0,03	<0,001
	Regresijski model	R = 0,606; R ² = 0,367; R ² _{kor} = 0,359 F _(6, 516) = 49,8; P < 0,001; Cohenov f ² = 0,580		
VI	Spol	0,04	-0,08 do 0,16	0,49
	Dob	-0,01	-0,02 do 0	0,02
	Funkcionalna sposobnost	-0,14	-0,28 do -0,01	0,04
	Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	0,007	-0,01 do 0,02	0,33
	Ocjena životnog zadovoljstva	0,06	0,04 do 0,08	<0,001
	Gerijatrijska skala depresije	-0,05	-0,08 do -0,03	<0,001
	UCLA skala usamljenosti	0,002	-0,01 do 0,01	0,72
Regresijski model	R = 0,606; R ² = 0,368; R ² _{kor} = 0,358 F _(7, 515) = 42,6; P < 0,001; Cohenov f ² = 0,582			
VII	Spol	0,007	-0,11 do 0,13	0,91
	Dob	-0,009	-0,02 do 0	0,05
	Funkcionalna sposobnost	-0,14	-0,27 do -0,01	0,04
	Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	0,004	-0,01 do 0,02	0,59
	Ocjena životnog zadovoljstva	0,04	0,02 do 0,06	<0,001
	Gerijatrijska skala depresije	-0,04	-0,07 do -0,02	<0,001
	UCLA skala usamljenosti	0,001	-0,01 do 0,01	0,79
Skala povezljivost	0,09	0,04 do 0,13	<0,001	
Regresijski model	R = 0,621; R ² = 0,386; R ² _{kor} = 0,376 F _(8, 514) = 40,3; P < 0,001; Cohenov f ² = 0,629			

R² – ukupni doprinos objašnjenju varijanci; R²_{kor} – korigirani ukupni doprinos objašnjenju varijanci; Cohenov f² – veličina učinka

5.6. Utjecaj povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, depresije i usamljenosti na vjerojatnost boljeg uspješnog starenja starijih osoba (logistička regresija)

Učinjena je bivarijatna i multivarijantna logistička regresija predviđanja vjerojatnosti boljeg uspješnog starenja starijih osoba (ocjene iznad medijana 3,3). Bivarijatnom logističkom regresijom uočava se da su značajni svi čimbenici. Najveću pojedinačnu prediktorsku vrijednost u prognozi uspješnog starenja ima povezljivost s omjerom izgleda 1,91 koji ima raspon pouzdanosti od 1,67 do 2,17. Raspon pouzdanosti omjera izgleda povezljivosti ne preklapa se s rasponom pouzdanosti omjera izgleda niti jednog od preostalih čimbenika što ukazuje na značajno veći doprinos povezljivosti od ostalih pojedinačnih čimbenika u prognozi uspješnog starenja (Tablica 5.40.).

Tablica 5.39. Predviđanje vjerojatnosti boljeg uspješnog starenja starijih osoba (bivarijatna logistička regresijska analiza)

	β	Wald	<i>P</i>	Omjer izgleda (95 % interval pouzdanosti)
Bivarijatna regresija				
Funkcionalna sposobnost	-1,37	47,7	<0,001	0,26 (0,17 do 0,37)
Ocjena samopoštovanja (Rosenbergova skala)	0,16	80,6	<0,001	1,17 (1,13 do 1,21)
Ocjena životnog zadovoljstva	0,31	94,0	<0,001	1,37 (1,28 do 1,46)
Gerijatrijska skala depresije	-0,31	92,8	<0,001	0,73 (0,69 do 0,78)
UCLA skala usamljenosti	-0,05	12,4	<0,001	0,94 (0,92 do 0,98)
Skala povezljivosti	0,64	93,4	<0,001	1,91 (1,67 do 2,17)

β – koeficijent regresije

Multivarijatnom logističkom regresijom (*Stepwise* metoda) dobiven je značajan model u predikciji boljeg uspješnog starenja. Model čine tri prediktora, u cijelosti je značajan (χ^2 test = 193,6, df = 3, *P* = <0,001) i objašnjava od 31 % (po Cox&Snell) do 41 % (po Nagelkerke) uspješnog starenja i točno klasificira 75 % slučajeva. Veća izraženost simptoma depresije povećava vjerojatnost lošijeg uspješnog starenja (OR = 0,85), dok veća povezljivost (OR = 1,37) i bolje životno zadovoljstvo (OR = 1,19) povećavaju vjerojatnost boljeg uspješnog starenja. I u ovom modelu od uključenih čimbenika najveći je omjer izgleda povezljivost (Tablica 5.41.).

Tablica 5.40. Predviđanje vjerojatnosti boljeg uspješnog starenja starijih osoba (multivarijantna (*Stepwise* metoda) logistička regresijska analiza)

	β	Wald	<i>P</i>	Omjer izgleda (95 % interval pouzdanosti)
Multivarijatna regresija				
Ocjena životnog zadovoljstva	0,17	20,8	<0,001	1,19 (1,10 do 1,28)
Gerijatrijska skala depresije	-0,16	19,1	<0,001	0,85 (0,79 do 0,91)
Skala povezljivosti	0,31	15,4	<0,001	1,37 (1,17 do 1,60)
<i>Konstanta</i>	-5,2	32,9	<0,001	

β – koeficijent regresije

6. RASPRAVA

Ovim se istraživanjem pokušalo kvanitificirati povezljivost kao ključnu komponentu uspješnog starenja te ispitati njen prediktivni kapacitet u samopercepciji uspješnog starenja kod starijih osoba. Istraživanje je provedeno u dvije faze. Glavnom istraživanju prethodila je psihometrijska analiza hrvatske inačice korištenog instrumenta. Hrvatska verzija Register skale povezljivosti za starije osobe R-CSOA (prema engl. *Register Connectedness Scale for Older Adults*) je valjan i pouzdan alat, prikladan za mjerenje dimenzija i razine povezljivosti kod starijih osoba. Prema svim psihometrijskim karakteristikama nisu uočene značajne razlike u odnosu na izvornu skalu. Hrvatska verzija skale za mjerenje povezanosti ne razlikuje se od originalne skale po broju tvrdnji i raspodjeli područja sadržajne valjanosti upitnika.

Eksploratornom faktorskom analizom potvrđene su jednofaktorske strukture 5 područja što je isto kao i u originalnoj skali. Područje „duhovnost“ objašnjava najveći udio varijance, a najviše faktorsko zasićenje imaju tvrdnje „Vjerujem da postoji viša sila“ i „Molim se za nešto što mi je važno“ što odgovara rezultatima psihometrijske analize izvorne Skale R-CSOA (3). Ovakav rezultat se može objasniti činjenicom da se većina stanovnika Hrvatske izjašnjavaju kao vjernici (2). Provedena validacija izvorne Skale R-CSOA upućuje na dobre metrijske karakteristike i Skala R-CSOA je prikladna za procjenu povezljivosti starijih osoba na području Republike Hrvatske.

Koeficijenti unutarnje pouzdanosti (Cronbachovi alfa koeficijenti) tipa unutarnje konzistencije različitih područja su zadovoljavajući i potkrepljuju rezultate faktorske analize te podržavaju opravdanost formiranja različitih područja upitnika.

U istraživanju su sudjelovale 523 starije osobe među kojima je bilo dvostruko više žena nego muškaraca, što donekle odgovara raspodjeli prema spolnoj strukturi stanovništva u Republici Hrvatskoj (2). Prema mjestu i načinu stanovanja podjednako ispitanika živi u selu i u gradu, najviše u vlastitom domu, a više od polovice sa suprugom ili partnerom. Najveći broj ispitanika je u mirovini, a medijan dobi godina od umirovljenja je 12, s rasponom 0,3 – 49. Prije umirovljenja najveći broj ispitanika je radio u vojnim zanimanjima. Najviše ispitanika živi u braku / izvanbračnoj zajednici ili su udovci/udovice i većina ih ima djecu. U Hrvatskoj su osobito kod starijih osoba izražene

tradicionalne i religijske vrijednosti koje utječu na sklapanje braka i zasnivanje obitelji (97). Isto tako, stanovništvo Hrvatske se nalazi u skupini zemalja s visokim udjelom djece rođene u braku (98). U ovom istraživanju većina ispitanika se koristi suvremenim tehnologijama. U usporedbi s istraživanjem o korištenju interneta u starijoj dobi provedenog 2016. godine (99) to je nešto bolji rezultat koji se može objasniti vremenskim odmakom i činjenicom da svakodnevno sve više starijih osoba koristi moderne tehnologije. Brojna istraživanja ističu pozitivnu povezanost korištenja suvremenih tehnologija i boljeg suočavanja sa starenjem, boljom povezanosti s obitelji i prijateljima (100). Temeljem rezultata raznih studija može se pretpostaviti da bi održavanje psihofizičkog zdravlja kroz aktivno korištenje suvremenih tehnologija mogao biti jedan od presudnih faktora za unaprjeđenje uspješnijeg starenja (99 – 101). Većina ispitanih starijih osoba ima kućnog ljubimca. Mnoga istraživanja ukazuju na pozitivan učinak kućnih ljubimaca na zdravlje i zadovoljstvo starijih osoba (102, 103). Medijan dobi ispitanika je 72 godine, a fizičko i psihičko stanje ocjenjuju osrednjim, što odgovara rezultatima istraživanja provedenih 2006. i 2019. godine u Republici Hrvatskoj (104, 105).

Medijan povezljivosti je 8,9 što predstavlja 74 % skalnog maksimuma. Iako su u sličnom istraživanju koje je provedeno u skupini starijih osoba u SAD nešto bolje ocjene ukupne povezljivosti (82 % skalnog maksimuma), rezultat ovoga istraživanja pokazuje vrlo dobru povezljivost starijih osoba u ovom istraživanju. U ocjeni povezljivosti ispitanici su najbolje ocijenili područje „Obitelj” i „Duhovnost”, a najmanje područje „Prijateljstvo”. Ovakav je rezultat u skladu s obilježjima ispitanika prema kojima su većina ispitanika vjernici i žive u obitelji te njeguju obiteljske vrijednosti. Ispitanici su najzadovoljniji i najvažnije im je biti sa svojom obitelji, razgovarati s njima, razmišljati o njima i osjećati se voljeno u obitelji (106, 107).

Svoju funkcionalnu sposobnost ispitanici su ocijenili vrlo dobro i većina ispitanika može samostalno i bez poteškoća izvoditi aktivnosti samozbrinjavanja. Najveći broj ispitanika može samostalno i bez teškoća koristiti se toaletom, s poteškoćama se odijeva petina ispitanika. Ovakav je broj očekivan jer najviše ispitanika živi samostalno u vlastitom domu i izvodi aktivnosti svakodnevnog života bez poteškoća i pomoći drugih osoba.

Samopoštovanje ispitanika je dobro ocijenjeno i iznosi 70 % skalnog maksimuma. Većina je ispitanika zadovoljna sobom, te se ne slažu s tvrdnjom da jako malo vrijede. Iako se razina samopoštovanja kroz život se mijenja, u starijoj dobi samopoštovanje održava relativno visoku razinu (72). Životno zadovoljstvo ispitanika je zadovoljavajuće i ocijenjeno je sa 68 % skalnog maksimuma. Većina je ispitanika zadovoljna svojim životom, ali četvrtina ispitanika smatra da im je život u većini stvari blizu idealnom. Svega 1 % ispitanika je ekstremno nezadovoljno svojim životom, a 8 puta više ih je ekstremno zadovoljno. U sličnom istraživanju provedenom u Sloveniji funkcionalna sposobnost, samopoštovanje i zadovoljstvo životom su slabije ocijenjeni (69). Mogući razlog za to je što su navedenom istraživanju ispitanici bili starije osobe od 75 i više godina. U mnogih ljudi već i pojava vidljivih promjena fizičkog izgleda može utjecati na promjenu doživljaja vlastite vrijednosti i razine samopoštovanja. Učestaliji problemi sa zdravljem, fizička i ekonomska ovisnost kao i razni drugi gubitci u starosti utječu na mijenjanje dotadašnjeg mišljenja i uvjerenja o vlastitim sposobnostima i mogućnostima, te na razinu samopoštovanja (71).

S obzirom na vrijednosti većina ispitanika nema simptoma i znakova depresije. U istraživanju provedenom u RH na uzorku starijih osoba smještenih u domove za starije osobe rezultati su nešto lošiji (81). Ovaj rezultat mogu objasniti rezultati istraživanja kojima se ukazuje na mnogobrojne prednosti života i starenja u vlastitom domu u odnosu na smještaj u institucijama za skrb o starijim osobama (108).

Usamljenost je procijenjena s UCLA skalom. Većina ispitanika je u riziku od usamljenosti, a desetina je usamljenih ispitanika. Bez rizika za usamljenost je manje od 1 % ispitanika. Više od polovice ispitanika često osjeća da postoje ljudi koje smatraju bliskim, s kojima mogu razgovarati i kojima se mogu obratiti. Nešto je više izražena usamljenost u sličnom istraživanju provedenom u RH (109), što se može objasniti manjim brojem ispitanika, ali i činjenicom da su podatci prikupljeni u ordinaciji liječnika obiteljske medicine. Poznato je kako usamljene osobe češće posjećuju liječnika kao kompenzaciju za deficit socijalne podrške (109 – 111).

Uspješno starenje je ocijenjeno Skalom samoprocjene uspješnog starenja. Više od dvije trećine ispitanika se u potpunosti ili velikoj mjeri ne osjeća usamljeno, a više od polovice ispitanika osjeća veliku ili potpunu podršku prijatelja i obitelji te je sposobno

brinuti se sebi. Više je od tri četvrtine ispitanika uopće ili vrlo malo uključeno u plaćene ili volonterske aktivnosti nakon uobičajene dobi za umirovljenje, što odgovara rezultatima dobivenim u sličnom istraživanju uspješnog starenja u RH (28, 112).

Unutarnja pouzdanost svih korištenih skala je zadovoljavajuća, što znači da su dobar alat za procjenu povezljivosti, funkcionalne sposobnosti, samopoštovanja, životnog zadovoljstva, znakova i simptoma depresije, usamljenosti i uspješnog starenja. Najveću vrijednost koeficijenta unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha (0,976) ima Skala povezljivosti za starije osobe R-CSOA.

Razlike prema spolu pokazuju da su kod žena bolje ocijenjena područja prijateljstva, duhovnosti i ukupna povezljivosti u odnosu na muškarce, dok u ostalim područjima nisu uočene značajne razlike u odnosu na spol. Takav rezultat slaže se s istraživanjem prema kojemu su religioznosti, i crkvenoj i osobnoj, u Hrvatskoj i dalje sklonije žene (106). Žene se češće uključuju u aktivnosti za starije osobe u zajednici što je moguće objašnjenje za njihovu bolju povezljivost i višu ocjenu u području prijateljstva .

Kod ispitanika koji žive na selu, u odnosu na one koji žive u gradu, značajnije je lošija funkcionalna sposobnost, više su izraženi simptomi i znakovi depresije te značajno je lošije ocijenjena skala uspješnog starenja. Život na selu danas, u kojemu živi pretežno stanovništvo starije dobi, u mnogome zaostaje za životom u gradu. Loša komunalna i prometna infrastruktura, nedostupnost zdravstvene zaštite i različitih sadržaja i aktivnosti za starije osobe u zajednici (113) mogu biti razlogom lošijeg, osobito psihičkog zdravlja, slabijoj povezljivosti, a time i lošijoj percepciji vlastitog starenja.

Ispitanici koji žive u vlastitoj obiteljskoj kući / stanu, u odnosu na ostale, značajno bolje ocjenjuju ukupnu povezljivost i područja samoregulacije, suočavanja sa starenjem i područje prijateljstva. Također, bolja je funkcionalna sposobnost, samopoštovanje i manje su izraženi simptomi i znakovi depresije te su bolje su ocijenili uspješnost vlastitog starenja. Ovim se potvrđuju rezultati drugih istraživanja u kojima se navode prednosti života, starenja i mogućnosti povezivanja u vlastitom domu (83, 97). Stoga je važno razvijati i predlagati sustave podrške u zajednici koji bi omogućili starijim osobama da što duže žive u vlastitom domu sa svojim obiteljima.

Kod ispitanika koji su u braku bolje je ocijenjeno područje samoregulacija, obitelj, kao i ukupna povezljivost. Također, značajnije je bolja funkcionalna sposobnost, samopoštovanje i manje su izraženi simptomi i znakovi depresije, a vlastito starenje ocijenjuju uspješnijim. Prethodna istraživanja jasno ukazuju kako život u braku i obitelji ima pozitivan učinak na procese samoregulacije u smislu boljeg suočavanja sa starenjem (114), time i ukupne povezljivosti što doprinosi boljoj ocjeni uspješnog starenja (40, 115, 116).

Niže razine obrazovanja poprimaju značajno niže vrijednosti u području samoregulacije i duhovnosti, veću izraženost simptoma i znakova depresije te lošiju procjenu uspješnog starenja. Funkcionalna sposobnost se značajno razlikuje po svim skupinama s obzirom na razinu obrazovanja, više obrazovanje znači bolju funkcionalnu sposobnost. Prema drugim istraživanja, osobe s nižom razinom obrazovanja sklonije su duhovnosti i imaju izraženije simptome i znakove depresije (106, 107, 117). Starije osobe s visokim i višim obrazovanjem u većoj se mjeri aktivno se uključuju u život zajednice što ima povoljan učinak na procese samoregulacije, u smislu da se osjećaju dijelom svijeta, svrhe života, samostalno donose odluke i čine ono što im predstavlja zadovoljstvo (šetnja, druženje s prijateljima). Više obrazovanje utječe na manju prisutnost rizičnog zdravstvenog ponašanja (pušenje, konzumacija alkohola) te bolji odaziv na preventivne preglede (118). Sve to doprinosi očuvanju i unaprjeđenju fizičke, psihičke i socijalne funkcionalne sposobnosti (6, 42).

Ispitanici koji su roditelji, značajno su više ocijenili područje obitelji u odnosu na ispitanike bez djece, dok u drugim područjima nisu uočene značajne razlika s obzirom na roditeljstvo. Starije osobe najčešće su lišene aktivne roditeljske uloge, međutim roditeljstvo ostaje važan aspekt života koji snažno utječe na njihovu dobrobit. Roditelji i nakon što im djeca napuste roditeljski dom nastoje očuvati bliske kontakte s njima, a odnos s djecom ostaje važan izvor njihove životne sreće i zadovoljstva (119). Roditeljski status važan je prediktor zadovoljstva životom (79).

Rezultati ovoga istraživanja pokazuju da godine provedene u mirovini, a time i povećana životna dob ima negativan utjecaj na većinu starijih osoba. Što su ispitanici dulje u mirovini manje su ocijenjena područja samoregulacije, obitelji i prijateljstva, te ukupne povezljivosti. Smanjuje se i razina samopoštovanja, ocjena životnog

zadovoljstva, a više su izraženi simptomi i znakovi depresije, usamljenost, smanjena funkcionalna sposobnost. Umirovljenje je jedan od najvećih stresnih događaja u životu starije osobe koja se mora suočiti s gubitkom profesionalnih uloga, promijenjenim socijalnim statusom i smanjenim prihodima (120). Niske mirovine su problem s kojim se suočava najveći broj starijih osoba u Hrvatskoj što dovodi do povećanog rizika od siromaštva. Siromaštvo starijih osoba otežava sudjelovanje u društvenim aktivnostima, reduciraju se socijalne veze i raste vjerojatnost socijalne izolacije (110, 111). Loš socioekonomski status i nedostatak materijalnih sredstava za život može dovesti do lošijeg zdravlja i negativne percepcije starenja. Nasuprot tome starije osobe s više materijalnih sredstava imaju više mogućnosti za ulaganje u zdravlje i više prilika za uključivanje u različite društvene aktivnosti, druženje s obitelji i prijateljima (121 – 123). Sve navedeno doprinosi boljoj povezljivosti i boljoj percepciji starenja, a umanjuje negativne učinke usamljenosti, niskog samopoštovanja i pojave simptoma i znakova depresije (40, 43, 113).

Što je veća ocjena fizičkog zdravlja, to su bolje ocijenjena sva područja (osim duhovnosti) i ukupna povezljivosti, veća je funkcionalna sposobnost, veće je samopoštovanje i ocjena životnog zadovoljstva, a manje su izraženi simptomi depresije i usamljenosti, dok je bolje ocijenjeno uspješno starenje. Uz bolju ocjenu psihičkog zdravlja, bolje su ocijenjene sva područja i ukupna povezljivost, bolja je funkcionalna sposobnost, samopoštovanje i bolja ocjena životnog zadovoljstva, a manje su izraženi simptomi i znakovi depresije i usamljenost. Bolje fizičko i psihičko zdravlje znači i bolju percepciju uspješnog starenja. Ovakvi rezultati su očekivani jer brojna istraživanja potvrđuju samoprocjenu fizičkog i psihičkog zdravlja kao čimbenika koji značajno doprinose uspješnom starenju (112,124).

Znakovi i simptomi moguće depresije znatno su manje izraženi kod ispitanika koji žive u braku ili izvanbračnoj zajednici, u vlastitoj obiteljskoj kući/stanu i koji imaju djecu, dok manje ili više znakova moguće depresije imaju ispitanici koji ne žive u vlastitoj obiteljskoj kući/stanu i koji su udovci ili rastavljeni. Istraživanje starijih osoba koje su smještene u instituciju pokazuje kako postoji negativna povezanost između depresije, funkcionalne sposobnosti i lošijeg zdravlja (125).

Svi promatrani čimbenici (funkcionalna sposobnost, samopoštovanje, životno zadovoljstvo, moguća depresija, usamljenost i povezljivost) pojedinačno su značajno povezani s uspješnim starenjem. Najveći udio varijance uspješnog starenja objašnjava izostanak simptoma i znakova moguće depresije, životno zadovoljstvo i povezljivost, što potvrđuje pretpostavku o značajnom utjecaju povezljivosti na uspješno starenje (42, 42, 64).

U ukupnom objašnjenju uspješnog starenja upotrijebljena je hijerarhijska multivarijatna regresijska analiza nakon uklanjanja utjecaja sociodemografskih obilježja (spol, dob). U konačnom modelu kao značajni prediktori uspješnijeg starenja pokazali su se bolja funkcionalna sposobnost, bolje životno zadovoljstvo, manje izraženi simptomi i znakovi depresije te bolja povezljivost, čime je dodatno potvrđen značaj povezljivosti u ocjeni uspješnog starenja.

Kroz bivarijatne modele logističke regresije procijenjena je prediktorska vrijednost pojedinačnih čimbenika (funkcionalna sposobnost, samopoštovanje, životno zadovoljstvo, moguća depresija, usamljenost i povezljivost) u prognozi uspješnog starenja, a u kojima su se svi pojedinačni čimbenici pokazali značajnima. Najveću pojedinačnu prediktivnu vrijednost u prognozi uspješnog starenja ima povezljivost. Sličan je odnos uočen i u multivarijatnom logističkom modelu, gdje su se, uz povezljivost koja je i u tom modelu imala najveći omjer izgleda u procjeni uspješnog starenja, samo ocjena životnog zadovoljstva i gerijatrijska skala depresije pokazali kao značajni prediktori.

Sve navedeno ukazuje na to da povezljivost, kao višedimenzionalni konstrukt, ima značajnu prediktivnu vrijednost u samoprocjeni uspješnog starenja starijih osoba te da poboljšanje povezljivosti kod starijih osoba može povećati njihov kapacitet za uspješno starenje. Uspješno suočavanje s vlastitim procesom starenja povećava dobrobit i samopoštovanje, pogoduje samoostvarenju i mijenja potencijalnu negativnu sliku starenja u pozitivnu (126).

Identifikacija prediktora uspješnog starenja važna je za kreatore javnih zdravstvenih politika koji su zainteresirani za prilagodbu zdravstvenih, socijalnih, mirovinskih, obrazovnih i drugih društvenih sustava rastućim i promjenjivim potrebama starijih

osoba. Rezultat takvih politika mogao bi umjesto konkurencije postati dobitak za sve generacije (124, 127, 128). Medicinske sestre i drugi zdravstveni radnici trebaju razumjeti ključnu ulogu povezljivosti u skrbi za starije osobe i planirati intervencije koje olakšavaju povezljivost (40). Strategije i intervencije treba usmjeriti prema jačanju procesa samoregulacije kod starijih osoba i stvaranju prilika za povezivanje. To mogu biti različiti programi koji uključuju smislene aktivnosti za starije osobe. Starije osobe treba smatrati aktivnim sudionicima koji mogu dati značajan doprinos razvoju društva.

7. ZAKLJUČCI

Temeljem provedenog istraživanja i dobivenih rezultata mogu se izvesti sljedeći zaključci:

- Hrvatska inačica skale povezljivosti *Register Connectedness Scale for Older Adults* učinkovit je instrument za procjenu povezljivosti dobrih psihometrijskih karakteristika.
- Razina povezljivosti veća je u žena u odnosu na muškarce, smanjuje se s povećanjem dobi, veća je kod starijih osoba koje žive u vlastitoj kući ili stanu i onih koji su u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici. Nije uočena razlika u razini povezljivosti između starijih osoba koje žive na selu i gradu ili prigradskom naselju, između skupina s obzirom na stupanj stručne spreme te između skupina s obzirom na roditeljstvo.
- Svoje starenje uspješnijim procjenjuju starije osobe koje žive u gradu ili prigradskom naselju, koje žive u vlastitoj obiteljskoj kući ili stanu, koji su u braku ili izvanbračnoj zajednici te oni s višom ili visokom stručnom spremom. Nije uočena razlika u samoprocjeni uspješnog starenja muškaraca i žena te između skupina s obzirom na roditeljstvo.
- Funkcionalna sposobnost, samopoštovanje, životno zadovoljstvo, moguća depresija, usamljenost i povezljivost su značajni pojedinačni prediktori uspješnog starenja, pri čemu najveću pojedinačnu prediktivnu vrijednost u prognozi dobrog uspješnog starenja ima povezljivost.
- Skupnoj (multivarijatnoj) procjeni prognoze dobrog starenja značajno doprinose ocjena životnog zadovoljstva, gerijatrijska skala depresije i povezljivost koja i u ovom modelu ima najveću prediktivnu vrijednost.

8. SAŽETAK

Cilj: Osnovni je cilj ispitati ulogu povezljivosti u samoprocjeni uspješnog starenja starijih osoba.

Nacrt studije: Istraživanje je ustrojeno kao presječna studija i provedeno je u dva dijela. Prvi dio istraživanja obuhvatio je psihometrijsku analizu hrvatske inačice strukturiranog instrumenta *Register – Connectedness Scale for Older Adults* (RCSOA) za ispitivanje povezljivosti u starijih osoba. U drugome je dijelu provedeno glavno istraživanje.

Ispitanici i metode: U prvi dio istraživanja u kojemu je provedena psihometrijska analiza hrvatske inačice ljestvice RCSOA uključeno je 700 ispitanika, a konačni uzorak za glavno istraživanje obuhvatio je 523 ispitanika. Instrument istraživanja bio je anonimni upitnik koji je obuhvatio: 13 pitanja o općim obilježjima ispitanika, dva pitanja samoprocjene zdravlja, hrvatsku inačicu skale povezljivosti RCSOA, Skalu samoprocjene uspješnog starenja (SSUS), procjenu funkcionalne sposobnosti (12 pitanja), Rosenbergovu Skalu samopoštovanja, Skalu životnog zadovoljstva, Gerijatrijsku skalu depresije (kratka verzija), Skalu usamljenosti UCLA.

Rezultati: U prvom dijelu istraživanja provjerom faktorske strukture hrvatske inačice ljestvice RCSOA potvrđene su jednofaktorske strukture domena: Samoregulacija, Suočavanje sa starenjem, „Obitelj”, „Priatelji” i „Duhovnost”. Dobivena je zadovoljavajuća unutarnja pouzdanost svih domena (od $\alpha = 0,874$ do $\alpha = 0,934$), a koeficijent unutarnje pouzdanosti Cronbach Alpha cijele skale je 0,954. U glavno istraživanje uključeno je 523 ispitanika, 169 (32,3 %) muškaraca i 354 (67,7 %) žena. U prognozi uspješnog starenja svi promatrani čimbenici pojedinačno su se pokazali značajnim ($P < 0,001$ za sve) s omjerima izgleda (OR) od 0,26 (funkcionalna sposobnost) do 1,91 (povezljivost). U konačnom multivarijatnom logističkom regresijskom modelu (χ^2 test = 193,6, df = 3, $P < 0,001$) koji objašnjava od 31 % (po Cox&Snell) do 41 % (po Negelkerke) uspješnog starenja i točno klasificira 75 % slučajeva, ostala su uključena tri značajna prediktora ($P < 0,001$ za sve): povezljivost

(OR = 1,37), ocjena životnog zadovoljstva (OR = 1,19) i Gerijatrijska skala depresije (OR = 0,85).

Zaključak: Povezljivost, kao višedimenzionalni konstrukt, ima značajnu prediktivnu vrijednost u samoprocjeni uspješnog starenja starijih osoba te poboljšanje povezljivosti kod starijih osoba može povećati njihov kapacitet za uspješno starenje.

Ključne riječi: povezljivost; samopercepcija; starenje; uspješno starenje

9. SUMMARY

Title: Predictive value of connectedness in self-perceived successful aging

Objective: The general objective was to investigate the role of connectedness in self-perception of aging among the older adults

Study design: The research was organized as a cross-sectional study and was conducted in two parts. The first part of the study consisted of the psychometric analysis of the Croatian version of the structured instrument *Register – Connectedness Scale for Older Adults* (RCSOA) for the investigation of connectedness in the older population. In the second part of the study, the main research was conducted.

Participants and methods: In the first part of the study in which the psychometric analysis of the Croatian version of the RCSOA scale was conducted, 700 participants were included, and the final sample for the main research encompassed 523 participants. The research instrument was the anonymous survey which included: 13 questions on general characteristics of the participants, two questions on self-perception of health, the Croatian version of the RCSOA scale of connectedness, Self-perception of Successful Aging Scale (SSUS), Functional Capability Evaluation (12 questions), Rosenberg Self-Esteem Scale, Satisfaction with Life Scale, the Geriatric Depression Scale (short form), UCLA Loneliness Scale

Results: In the first part of the study the following single-factor structural domains were confirmed by examining the factorial structure of the Croatian version of the RCSOA scale: Self-Regulation, Coping with Aging, Family, Friends and Spirituality. Satisfactory internal reliability of all domains was demonstrated (from $\alpha = 0.874$ to $\alpha = 0.934$), and the Cronbach Alpha coefficient of internal reliability of the whole scale was 0.954. A total of 523 participants, 169 (32.3%) male, and 354 (67.7%) female, were included in the main part of the research. All the observed factors were proven significant ($P < 0.001$ for all) in the prediction of successful aging, with the odds ratio (OR) measuring from 0.26 (functional capability) to 1.91 (connectedness). In the final multivariate logistic regression model (χ^2 test = 193.6, df = 3, $P < 0.001$), which accounts for 31%

(according to Cox&Snell) to 41% (according to Nagelkerke) of successful aging and correctly classifies 75% of the cases, three significant predictors ($P < 0.001$ for all) remained included: connectedness (OR = 1.37), life satisfaction (OR = 1.19) and Geriatric Depression Scale (OR = 0.85).

Conclusion: Connectedness, as a multi-dimensional construct, has a significant predictive value in self-perception of successful aging among the older population. Furthermore, the enhancement of connectedness in older people can increase their capacity to age successfully.

Key words: aging; connectedness; self perception; successful aging

10. LITERATURA

1. Demography of Europe – An ageing population Demography of Europe. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/demography/bloc-1c.html?lang=en> Datum pristupa: 16. 1. 2023.
2. Državni zavod za statistiku. Objavljeni konačni rezultati Popisa 2021. Popis stanovništva 2021. <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270> Datum pristupa: 16. 1. 2023.
3. Živić D. Regionalne posebnosti demografskoga starenja: svijet, EU, Hrvatska. Globalizacija i regionalni identitet. U: Šundalić A, Zmaić K, Sudarić T, Pavić Ž. Osijek: Filozofski fakultet; 2021. str. 368–89.
4. Register ME, Herman J, Tavakoli AS. Development and psychometric testing of the Register – Connectedness Scale for Older Adults. Res Nurs Health. Veljača 2011.; 34(1):60–72.
5. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2011;66(1):75–86.
6. Nastavni zavod dr Andrija Štampar. Služba za javnozdravstvenu gerontologiju. Dostupno na: <https://stampar.hr/hr/sluzbe/sluzba-za-javnozdravstvenu-gerontologiju>. Datum pristupa: 5. 2. 2023.
7. Despot Lučanin J. Iskustvo starenja. 1. izd. Zagreb: Naklada Slap; 2003. str. 14 – 38.
8. United Nations. Property articles by og United Nations. Dostupno na: <https://www.un.org/en/UN-system/ageing>. Datum pristupa 14. 2. 2023.
9. Despot Lučanin J. Psihologija starenja: izazovi i prilagodba. 1. izd.. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2022.
10. Duraković Z. Teorije starenja. U: Duraković Z, urednik. Gerijatrija: Medicina starije dobi 1. izd. Zagreb: CT Poslovne informacije; 2007. str. 3–6.
11. Erikson EH, Erikson JM. The Life Cycle Completed (Extended Version). W. W. Norton & Company; 1998. 143 str.

12. Havighurst RJ. Successful Aging¹. *The Gerontologist*. 1961.;1(1):8–13.
13. Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. *Adult Development and Aging*. Cengage Learning; 2018. 499 str.
14. Cumming E, Henry WE. *Growing Old, the Process of Disengagement*. Basic Books; 1961. 322 str.
15. Achenbaum WA. An Historian Interprets the Future of Gerontology. *The Gerontologist*. 2010.;50(2):142–8.
16. Meiner SE. *Gerontologic Nursing - E-Book*. 6.izd. Elsevier Health Sciences; 2018. 707 str.
17. Mauk KL. *Gerontological Nursing: Competencies for Care*. Jones & Bartlett Publishers; 2010. 888 str.
18. Henderson V. The concept of nursing*. *Journal of Advanced Nursing*. 1978.;3(2):113–30.
19. Katherine Renpenning, K Gebhardt Taylor S. *Self-Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. Springer Publishing Company; 2003.
20. Benner P. Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *Advances in Nursing Science*. 1985.;8(1):1.
21. King IM. King's Theory of Goal Attainment. *Nurs Sci Q*. 1992.;5(1):19–26.
22. Watson JS. Legal Theory, Efficacy and Validity in the Development of Human Rights Norms in International Law. *U Ill LF*. 1979,609.
23. Roy C. *Generating Middle Range Theory: From Evidence to Practice*. Springer Publishing Company; 2013. 404 str.
24. Wadensten B, Carlsson M. Nursing theory views on how to support the process of ageing. *Journal of Advanced Nursing*. 2003.;42(2):118–24.

25. Topaz M, Troutman-Jordan M, MacKenzie M. Construction, Deconstruction, and Reconstruction: The Roots of Successful Aging Theories – 2014 Dostupno na: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318414534484?journalCode=nsqa>. Datum pristupa: 10. 1. 2023.
26. Depp CA, Jeste DV. Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006.;14(1):6–20.
27. Bowling A. Lay perceptions of successful ageing: findings from a national survey of middle aged and older adults in Britain. *Eur J Ageing*. 2006.;3(3):123–36.
28. Junaković IT, Nekić M, Ambrosi-Randić N. Konstrukcija i validacija skale samoprocjene uspješnog starenja. 2020. Dostupno na: <http://suvremena.nakladaslap.com/public/pdf/23-1-1.pdf>
Datum pristupa: 14. 2. 2023.
29. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BCM, Brayne C. Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 2014.;26(3):373–81.
30. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ*. 2005.;331(7531):1548–51.
31. Atchley RC. A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*. 1989.;29(2):183–90.
32. Martinson M, Berridge C. Successful Aging and Its Discontents: A Systematic Review of the Social Gerontology Literature. *The Gerontologist* 2015.;55(1):58–69.
33. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: Usual and successful. *Science*. 1987.;237:143–9.
34. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997.;37(4):433–40.

35. von Faber M, Bootsma, van der Wiel A, van Exel E, Gussekloo J, Lagaay AM, van Dongen E, i ostali. Successful Aging in the Oldest Old: Who Can Be Characterized as Successfully Aged? *Archives of Internal Medicine*. 2001.;161(22):2694–700.
36. Riley MW, Riley Jr. JW. Structural lag: Past and future. U: Age and structural lag: Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. str. 15–36.
37. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *The Gerontologist*. 2002.;42(6).
38. Teater B, Chonody JM. How Do Older Adults Define Successful Aging? A Scoping Review. *Int J Aging Hum Dev*. 2020.;91(4):599–625.
39. Freund AM, Baltes PB. Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*. 1998.;13:531–43.
40. Register ME, Scharer KM. Connectedness in Community-Dwelling Older Adults. *West J Nurs Res*. 2010.;32(4):462–79.
41. Kahn RL. Guest Editorial: On „Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn“. *The Gerontologist*. 2002.;42(6):725–6.
42. Montross LP, Depp C, Daly J, Reichstadt J, Golshan S, Moore D, i ostali. Correlates of Self-Rated Successful Aging Among Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006.;14(1):43–51.
43. Stewart JM, Auais M, Bélanger E, Phillips SP. Comparison of self-rated and objective successful ageing in an international cohort. *Ageing & Society*. 2019.;39(7):1317–34.
44. Tkatch R, Musich S, MacLeod S, Alsgaard K, Hawkins K, Yeh CS. Population Health Management for Older Adults: Review of Interventions for Promoting Successful Aging Across the Health Continuum. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 2016.;2

45. Ambrosi-Randić N, Tucak Junaković I, Nekić M. Usporedba biomedicinskoga i alternativnoga modela uspješnoga starenja. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja. 2018.;27(3):519–38.
46. Phelan EA, Anderson LA, Lacroix AZ, Larson EB. Older Adults' Views of „Successful Aging”— How Do They Compare with Researchers' Definitions? Journal of the American Geriatrics Society. 2004.;52(2):211–6.
47. Bowling A. Aspirations for Older Age in the 21st Century: What is Successful Aging? Int J Aging Hum Dev. 2007.;64(3):263–97.
48. Phelan EA, Larson EB. „Successful Aging”— Where Next? Journal of the American Geriatrics Society. 2002.;50(7):1306–8.
49. Kahn RL. On „Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn“. The Gerontologist. 2002.;42:725–6.
50. Michel JP, Sadana R. „Healthy Aging” Concepts and Measures. Journal of the American Medical Directors Association. 2017.;18(6):460–4.
51. Morrow-Howell R and MPP of SW and the D of the H a FC for AN, Morrow-Howell N, Hinterlong J, Sherraden M, Sherraden BEYP of SD and FD of the C for SDM. Productive Aging: Concepts and Challenges. JHU Press; 2001. 356 str.
52. Walker A, Maltby T. Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. International Journal of Social Welfare. 2012.;21(s1):S117–30.
53. Mroczek DK, Weston SJ, Willroth EC. A Lifespan Perspective on the Interconnections Between Personality, Health, and Optimal Aging. U: Hill PL, Allemand M, urednici. Personality and Healthy Aging in Adulthood: New Directions and Techniques: Springer International Publishing; 2020 str. 191–202.
54. Cosco TD, Prina AM, Perales J, Stephan BCM, Brayne C. Lay perspectives of successful ageing: a systematic review and meta-ethnography. BMJ Open. 2013.;3(6):e002710.

-
55. Cho J, Martin P, Poon LW, Georgia Centenarian Study. Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *Gerontologist*. 2015.;55(1):132–43.
56. Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Rose M, Cartwright F. Successful aging: early influences and contemporary characteristics. *Gerontologist*. 2010.;50(6):821–33.
57. Parslow RA, Lewis VJ, Nay R. Successful aging: development and testing of a multidimensional model using data from a large sample of older australians. *J Am Geriatr Soc*. 2011.;59(11):2077–83.
58. Roy C, Whetsell M, Frederickson K. The Roy adaptation model and research. *Nursing science quarterly*. 2009.;22:209–11.
59. Tornstam L. Caring for the Elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 1996.;10(3):144–50.
60. Topaz M, Troutman-Jordan M, MacKenzie M. Construction, Deconstruction, and Reconstruction: The Roots of Successful Aging Theories. *Nurs Sci Q*. 1. 7. 2014.;27(3):226–33.
61. Register ME, Herman J. A middle range theory for generative quality of life for the elderly. *ANS Adv Nurs Sci*. 2006.;29(4):340–50.
62. Jopp DS, Wozniak D, Damarin AK, De Feo M, Jung S, Jeswani S. How Could Lay Perspectives on Successful Aging Complement Scientific Theory? Findings From a U.S. and a German Life-Span Sample. *The Gerontologist*. 2015.;55(1):91–106.
63. Lee WJ, Peng LN, Lin MH, Loh CH, Chen LK. Determinants and indicators of successful ageing associated with mortality: a 4-year population-based study. *Aging (Albany NY)*. 2020.;12(3):2670–9.
64. Galić S, Tomasović Mrčela N. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja www.ss-medicinska-os.skole.hr. 2013.

Dostupno na: http://ss-medicinska-os.skole.hr/upload/ss-medicinska-os/images/static3/1169/File/PROJEKT_Prirucnik_I_.pdf

Datum pristupa 12. veljače 2023.

65. Bautmans I, Knoop V, Amuthavalli Thiyagarajan J, Maier AB, Beard JR, Freiburger E, i ostali. WHO working definition of vitality capacity for healthy longevity monitoring. *The Lancet Healthy Longevity*. 2022.;3(11):e789–96.
66. Parodi JF, Runzer-Colmenares FM. Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. *Rev Panam Salud Publica*. 2021.;45:e88.
67. Trajectories of functional health and its associations with information processing speed and subjective well-being: The role of age versus time to death. Dostupno na: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2019-66265-001.html>
Datum pristupa 16. veljače 2023.
68. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press; 2015. 339. str.
69. Železnik D. *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia*. Oulu: Oulun yliopisto; 2007. 109. str.
70. Zhang J, Peng J, Gao P, Huang H, Cao Y, Zheng L, i ostali. Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BMC Geriatr*. 2019.;19(1):308.
71. Abraham C, Gregory N, Wolf L, Pemberton R. Self-esteem, stigma and community participation amongst people with learning difficulties living in the community. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2002.;12(6):430–43.
72. Orth U, Robins RW. The Development of Self-Esteem. *Curr Dir Psychol Sci*. 01. listopad 2014.;23(5):381–7.
73. Pluzarić J, Ilakovac V, Železnik D. Comparison of self-esteem and quality of life between residents of old people's home and the elders living at home. *Obzornik*

- zdravstvene nege 2016.;50(3). Dostupno na: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/108>
Datum pristupa 26. 1. 2023.
74. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015.;385(9968):640–8.
75. Kaliterna L, Prizmic Larsen Z, Sakić V. Subjective Age, Life Satisfaction and Health. *Društvena Istraživanja / Journal for General Social Issues*. 2002.;11:897–908.
76. Pavot W, Diener E. Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*. 1993.;5:164–72.
77. Sancho P, Tomás JM, Oliver A, Galiana L, Gutiérrez M. Predicting Life satisfaction in Spanish Adults of Advancing Age Attending University Educational Programs. *J Happiness Stud*. 2020.;21(1):271–87.
78. Tomás JM, Sancho P, Galiana L, Oliver A. A Double Test on the Importance of Spirituality, the „Forgotten Factor”, in Successful Aging. *Soc Indic Res*. 2016.;127(3):1377–89.
79. Brajković L. Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi [Internet] [phd]. Sveučilište u Zagrebu; 2010. Dostupno na: <http://medlib.mef.hr/824/>
Datum pristupa: 14. 1. 2023.
80. McKee KJ, Schüz B. Psychosocial factors in healthy ageing. *Psychology & Health*. 2015.;30:607–26.
81. Ajduković M, Ručević S, Majdenić M. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*. 2013.;20(2):149–65.
82. Nari F, Jang BN, Kim S, Jeong W, Jang SI, Park EC. Association between successful aging transitions and depressive symptoms among older Korean adults: findings from the Korean longitudinal study of aging (2006–2018). *BMC Geriatrics*. 2021.;21(1):352.

83. Lacković – Grgin K. Usamljenost: Fenomenologija, teorije i istraživanja. 1 izdanje. Zagreb: Naklada Slap; 2008.
84. Wenger GC, Burholt V. Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. ed 2004.;23(2):115–27.
85. Rokach A, Orzeck T, Neto F. Coping with loneliness in old age: a cross-cultural comparison. *Curr Psychol*. 2004.;23(2):124–37.
86. Gierveld J de J. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*. 1998.;8(1):73–80.
87. Wenger GC, Burholt V. Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*. ed 2004.;23(2):115–27.
88. Register ME, Herman J. Quality of life revisited: the concept of connectedness in older adults. *ANS Adv Nurs Sci*. 2010.;33(1):53–63.
89. Marušić M. Uvod u znanstveni rad u medicini. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
90. Kyriazos T. Applied Psychometrics: Sample Size and Sample Power Considerations in Factor Analysis (EFA, CFA) and SEM in General. *Psychology*. 2018.;09:2207–30.
91. Råholm MB, Thorkildsen K, Löfmark A. Translation of the Nursing Clinical Facilitators Questionnaire (NCFQ) to Norwegian language. *Nurse Education in Practice*. 2010.;10(4):196–200.
92. Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999.;30(3):564–72.
93. Rosenberg Self-Esteem Scale. Dostupno na:
<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F01038-000>
Datum pristupa: 12. 11. 2022.

94. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985.;49(1):71–5.
95. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. 1986.;5:165–73.
96. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*. 1996.;66(1):20–40.
97. Eurostat. Category:Marriages and divorces. Dostupno na:
https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Category:Marriages_and_divorces.
Datum pristupa 25. 2. 2023.
98. Akrap A, Živić D. Demografske odrednice i obilježja obiteljske strukture stanovništva hrvatske. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*. 31. 10. 2001.;10(4-5 (54-55)):621–45.
99. Nekić M, Tucak Junaković I, Ambrosi-Randić N. Korištenje interneta u starijoj dobi: Je li važno za uspješno starenje? *Suvremena psihologija*. 20. 12. 2016.;19(2):179–93.
100. Özsungur F. A research on the effects of successful aging on the acceptance and use of technology of the elderly. *Assistive Technology*. 2022.;34(1):77–90.
101. Culley J, Herman J, Smith D, Tavakoli A. Effects of technology and connectedness on community-dwelling older adults. *Online Journal of Nursing Informatics*, 2013; 17(3).
102. Cryer S, Henderson-Wilson C, Lawson J. Pawitive Connections: The role of Pet Support Programs and pets on the elderly. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2021.;42:101298.
103. Martos Martinez-Caja A, De Herdt V, Enders-Slegers MJ, Moons CPH. Pet ownership, feelings of loneliness, and mood in people affected by the first COVID-19 lockdown. *Journal of Veterinary Behavior*. 2022.;57:52–63.

104. Despot Lučanin J, Lučanin D, Havelka M. Kvaliteta starenja - samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja. 2006.;15(4-5 (84-85)):801–17.
105. Marinović Glavić M, Rukavina T, Buršić F, Bilajac L, Vasiljev Marchesi V, Juraga D. Comparison of Quality of Life and Self-Assessment of the Health of People over the Age of 75 in the City of Rijeka and the City of Rovinj. J appl health sci (Online). 15. 3. 2019.;5(1):31–40.
106. Nikodem K, Zrinščak S. Između distancirane crkvenosti i intenzivne osobne religioznosti: religijske promjene u hrvatskom društvu od 1999. do 2018. godine. Društvena istraživanja : časopis za opća društvena pitanja. 2019.;28(3):371–90.
107. Anić RJ. Gender Differences in Religiousness from the Perspective of Education. Bogoslovska smotra. 2008.;78(4):873–903.
108. Lovreković M, Leutar Z. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u zagrebu. Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline. 2010.;19(1):55–79.
109. Vuletić G, Stapić M. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. Klinička psihologija. 2013.;6(1–2):45–61.
110. Kosir I. Socijalna i emocionalna usamljenost osoba starije životne dobi [info:eu-repo/semantics/masterThesis]. University North. University centre Varaždin. Department of Nursing; 2020 Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:270908>
Datum pristupa 24. 2. 2023.
111. Neuberg M, Kosir I, Meštrović T, Ribić R, Cikač T. Presječno istraživanje socijalne i emocionalne usamljenosti osoba starije životne dobi u sjevernoj hrvatskoj. Acta medica Croatica : Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. 2021.;75(3):191–202.
112. Tucak Junaković I, Ambrosi-Randić N. Lay Definitions of Successful Ageing and Contributing Factors among Croatian Older Adults: A Thematic Analysis of Qualitative Data. Psihologijske teme. 2022.;31(3):685–708.

113. Župančić M. Infrastrukturna opremljenost hrvatskih seoskih naselja. *Sociologija sela*. 2005.;43(3):617–57.
114. Tsuzishita S, Wakui T. The Effect of High and Low Life Purpose on Ikigai (a Meaning for Life) among Community-Dwelling Older People — A Cross-Sectional Study. *Geriatrics*. 2021.;6(3):73.
115. Nagargoje VP, James KS, Muhammad T. Moderation of marital status and living arrangements in the relationship between social participation and life satisfaction among older Indian adults. *Sci Rep*. 2022.;12(1):20604.
116. Margelisch K, Schneewind KA, Violette J, Perrig-Chiello P. Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging & Mental Health*. 2017.;21(4):389–98.
117. Ajduković M, Ručević S, Majdenić M. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*. 2013.;20(2):149–65.
118. Oshio T, Kan M. Preventive impact of social participation on the onset of non-communicable diseases among middle-aged adults: A 10-wave hazards-model analysis in Japan. *Preventive Medicine*. 2019.;118:272–8.
119. Tucak Junaković I, Nekić M, Ambrosi-Randić N. Roditeljsko zadovoljstvo, generativnost i uspješno starenje. *Suvremena psihologija*. 2016.;19(2):149–62.
120. Crosswell AD, Suresh M, Puterman E, Gruenewald TL, Lee J, Epel ES. Advancing Research on Psychosocial Stress and Aging with the Health and Retirement Study: Looking Back to Launch the Field Forward. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2020.;75(5):970–80.
121. Životni uvjeti, dohodak i socijalna isključenost [Internet]. Državni zavod za statistiku. Dostupno na: <https://podaci.dzs.hr/hr/podaci/zivotni-uvjeti-dohodak-i-socijalna-iskljucenost/>
Datum pristupa 18. 1. 2023.

122. Župan A. Socijalna skrb u zajednici za starije osobe u socijalnom riziku: pregledni rad. *J appl health sci* 2019.;5(1):97–103.
123. Ng YT, Huo M, Gleason ME, Neff LA, Charles ST, Fingerman KL. Friendships in Old Age: Daily Encounters and Emotional Well-Being. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021.;76(3):551–62.
124. Hsu HC, Jones BL. Multiple Trajectories of Successful Aging of Older and Younger Cohorts. *The Gerontologist*. 2012.;52(6):843–56.
125. Ajduković M, Ručević S, Majdenić M. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Revija za socijalnu politiku*. 2013.;20(2):149–65.
126. Torregrosa-Ruiz M, Gutiérrez M, Alberola S, Tomás JM. A Successful Aging Model Based on Personal Resources, Self-Care, and Life Satisfaction. *The Journal of Psychology*. 2021.;155(7):606–23.
127. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2015.;70(4):593–6.
128. Reich AJ, Claunch KD, Verdeja MA, Dungan MT, Anderson S, Clayton CK, i ostali. What Does „Successful Aging” Mean to you? — Systematic Review and Cross-Cultural Comparison of Lay Perspectives of Older Adults in 13 Countries, 2010–2020. *J Cross Cult Gerontol*.2020.;35(4):455–78.

11. ŽIVOTOPIS

Ime: Jadranka
Prezime: Plužarić
Zvanje: magistra sestrinstva
Datum rođenja: 14. siječnja 1960.
Mjesto rođenja: Osijek
Država rođenja: Republika Hrvatska
Adresa: Kneza Branimira 30, Josipovac
Telefon: 091/353-8880
Adresa e-pošte: jpluzaric@mefos.hr

Obrazovanje:

2012. – Medicinski fakultet Osijek, Poslijediplomski doktorski studij
Biomedicina i zdravstvo
2010. – 2012. Medicinski fakultet Osijek, Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo
2005. – 2008. Zdravstveno veleučilište, Zagreb, Diplomski stručni studij
Menadžment u sestrinstvu
2002. – 2003. Visoka zdravstvena škola, Zagreb, Preddiplomski studij sestrinstva,
razlikovna godina
1984. – 1987. Medicinski fakultet Zagreb, Viša škola za medicinske sestre
zdravstvena škola, Zagreb
1975. – 1979. Školski centar „Ruđer Bošković” u Osijeku, smjer: medicinska sestra

Radno iskustvo:

2017. – viši predavač, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek,
Katedra za sestrinstvo i palijativnu medicinu
2009. – 2017. viši predavač, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku,
Medicinski fakultet Osijek, Studij Sestrinstva
1996. – 2009. medicinska sestra/ravnatelj, Ustanova za zdravstvenu njegu
Jadranka Plužarić
1995. – 1996. medicinska sestra – Samostalna djelatnost zdravstvene njege u kući
1980. – 1995. glavna medicinska sestra – industrijska ordinacija – Tvornica keksa i
kruha „Sloboda” Osijek
1979. – 1980. medicinska sestra – Opća bolnica Osijek, Odjel za unutarnje bolesti

1. Farčić N, Barać I, **Plužarić J**, Ilakovac V, Pačarić S, Gvozdanić Z, Lovrić R. Personality traits of core self-evaluation as predictors on clinical decision-making in nursing profession. PLoS One; 2020 15(5): 1-12
2. Barać I, Prlić N, **Plužarić J**, Farčić N, Kovačević S. The mediating role of nurses' professional commitment in the relationship between core self-evaluation and job satisfaction International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. 2018;31(5):649-58
3. Barać I, Prlić N, Lovrić R, Kanisek S, Dubac Nemet L, **Plužarić J**. Development and psychometric testing of the Croatian version of the Job Satisfaction Scale in hospital nurses. Journal of Nursing Measurement. 2018;26(1):121-33.
4. Lovrić R, Piškorjanac S, Pekić V, Vujanić J, Ratković Kramarić K, Luketić S, **Plužarić J**, Matijašić Bodalec D, Barać I, Žvanut B. Translation and validation of the clinical learning environment, supervision and nurse teacher scale (CLES + T) in Croatian language. Nurse Education in Practice.2016;19:48-53.
5. **J Plužarić**, V Ilakovac, D Železnik Comparison of self-esteem and quality of life between residents of old people's home and the elders living at home, Obzornik zdravstvene nege, 50(3), pp. 183–192, 2016
6. Lovrić, R. Prlić, N. Barać, I. **Plužarić, J**. Pušeljić, S. Berecki, I. Radić, R. Specificities and differences in nursing students' perceptions of nursing clinical faculties' competences. J Prof Nurs. 2014 Sep-Oct; 30(5):406-17.doi: 10.1016/j.profnurs.2014.03.005. Epub 2014 Mar 28
7. Ilakovac V, **Plužarić J**, Prlić N. Assessment of quality of life among elderly included in organized recreational activities: a case-control study. The Journal of Nutrition, Health & Aging. 2009; 13: 486
8. **Plužarić J**, Prlić N, Barać I. Usporedba kvalitete života članova kluba 60+ s kvalitetom života vršnjaka na području osječko baranjske županije. 4. Kongres Hrvatske udruge medicinskih sestara s međunarodnim sudjelovanjem. Zagreb: Hrvatska udruga medicinskih sestara i tehničara, 15. – 18. 5. 2010.
9. **Plužarić J**, Smokrović E. „Učimo li previše, pišemo li dovoljno, radimo li ispravno?“, 9. simpozij Udruge medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Vukovar, 2016
10. Pribić S, **Plužarić J**. Prevencija kardiovaskularnih bolesti, Rad i stvaralaštvo u XXI vijeku, Brčko, travanj 2017. godine

11. Barać I, **Plužarić J**, Đeri K. Profesionalno samopoimanje medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. 10. Simpozij medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Zadar, 11. – 14. 5. 2017.
12. Duvnjak D, **Plužarić J**. Povezanost samopoštovanja i urinarne inkontinencije kod starijih osoba. 6. Hrvatski kongres neurorehabilitacije i restauracijske neurologije s međunarodnim sudjelovanjem 6. – 9. 5. 2018.
13. **Plužarić J**, Oslić I, Nikolovski M. „Znanja i mišljenja učenika srednje Medicinske škole u Osijeku o djelatnosti zdravstvene njege u kući”, XI. Simpozij medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Sv. Martin na Muri, 2018.
14. **Plužarić J**, Oslić I, Nikolovski M. „Mišljenja zdravstvenih radnika o djelatnosti zdravstvene njege u kući”, 12. Simpozij medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Baška 2019.
15. Barać I, **Plužarić J**, Kanisek S, Dubac Nemet L. Zadovoljstvo poslom kod medicinskih sestara i tehničara u odnosu na mjesto rada. Nursing Journal 2015; 20(1): 27-32.
16. Josić I, **Plužarić J**, Ilakovac V, Barać I. Usamljenost osoba treće životne dobi s obzirom na stanovanje. 4. Znanstvena konferencija sa Međunarodnim sudjelovanjem iz područja zdravstva i socijalne skrbi. Zbornik predavanja s recenzijom / Železnik Danica, Železnik Uroš; Gmajner Saša (ur.). Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede. 2014: 113-120
17. Nešić B, **Plužarić J**, Barać I. Praćenje boli u zdravstvenoj njezi u kući. Zbornik radova. 7. Simpozij medicinskih sestara zdravstvene njege u kući. Šibenik. 2014; 88-98.
18. Prlić N, Lovrić R, Barać I, **Plužarić J**. Self – Assesment of Master of Nursing Mentorship Competencies through Education Process. South Eastern Europe Health Science Journal. Faculty of Health Care and Nursing, University of Vitez Travnik and School of Medicine, University Josip Juraj Strossmayer Osijek. 2013; 3(2): 9
19. Barać I, **Plužarić J**, Prlić N, Lovrić R, Dubac Nemet L. Development of Mentoring at the University Graduate Study of Nursing, Osijek int he last 10 Years. South Eastern Europe Health Science Journal. Faculty of Health Care and Nursing, University of Vitez Travnik and School of Medicine, University of Josip Juraj Strossmayer Osijek. 2013; 3(2): 23

20. Perković T, **Plužarić J**, Barać I, Ilakovac V. Attitudes Toward Learning In The elderly. South Eastern Europe Health Science Journal. Faculty of Health Care and Nursing, University of Vitez Travnik and School of Medicine, University Josip Juraj Strossmayer Osijek. 2013; 3(2): 49