

Utjecaj samačkog načina života na pojavnost depresivnosti simptoma te kvalitetu života i životnog zadovoljstva u osoba 3. životne dobi.

Tačković, Sara

Master's thesis / Diplomski rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:152:764434>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo**

Sara Tačković

**UTJECAJ SAMAČKOG NAČINA
ŽIVOTA NA POJAVNOST
DEPRESIVNOSTI TE KVALITETU
ŽIVOTA I ŽIVOTNOG ZADOVOLJSTVA
U OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI**

Diplomski rad

Osijek, 2017.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK
Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Sara Tačković

UTJECAJ SAMAČKOG NAČINA
ŽIVOTA NA POJAVNOST
DEPRESIVNOSTI TE KVALITETU
ŽIVOTA I ŽIVOTNOG ZADOVOLJSTVA
U OSOBA TREĆE ŽIVOTNE DOBI

Diplomski rad

Osijek, 2017.

Rad je ostvaren u Domu zdravlja Osijek, na Odsjeku patronažne zdravstvene zaštite.

Mentor je rada: prof. dr. sc. Rudika Gmajnić.

Rad ima 40 listova, 5 tablica i 2 slike.

Zahvaljujem mentoru prof. dr. sc. Rudiki Gmajniću na pomoći pri pisanju ovoga rada, na konstruktivnim kritikama, kao i na korisnim savjetima i uputama.

Također, zahvaljujem i svojoj obitelji na potpori tijekom pisanja, kao i na pomoći tijekom cijeloga akademskoga obrazovanja.

Zahvaljujem djelatnicama Patronažne službe Doma zdravlja Osijek te ispitanicima koji su sudjelovali u istraživanju.

SADRŽAJ

1. UVOD	3
1.1. Starost i podjela prema razdobljima	3
1.2. Kvaliteta života.....	4
1.3. Teorije starenja	6
1.4. Samački način života i socijalna isključenost.....	7
1.5. Depresija.....	8
2. HIPOTEZA	11
3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	12
4. ISPITANICI I METODE	12
4.1. Ustroj studije.....	12
4.2. Ispitanici	12
4.3. Metode	12
4.4. Statističke metode.....	13
4.5. Etička načela.....	13
5. REZULTATI.....	15
5.1. Osnovna obilježja ispitanika.....	15
5.2. Gerijatrijska skala depresije (GDS).....	16
5.3. Kvaliteta života i životnog zadovoljstva (Q-LES-Q)	18
5.4. Povezanost kvalitete života s dobi i brojem članova s kojima žive.....	21
6. RASPRAVA.....	22
7. ZAKLJUČAK	22
8. SAŽETAK.....	26
9. SUMMARY	27
10. LITERATURA (REFERENCIJE)	28
11. ŽIVOTOPIS	31
12. PRILOZI.....	32

POPIS TABLICA I SLIKA

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika	15
Tablica 2. Gerijatrijska skala depresije	17
Tablica 3. Prisutnost depresije u odnosu na spol, dobne skupine i suživot.....	18
Tablica 4. Samoprocjena tvrdnji vezanih uz kvalitetu života	19
Tablica 5. Ocjena skale kvalitete života u odnosu na spol, dobne skupine i suživot.....	20
Slika 1. Raspodjela ispitanika prema tome s kim žive	16
Slika 2. Povezanost kvalitete života s dobi ispitanika te brojem članova obitelji s kojima žive	21

1. UVOD

Pojam starosti razvojno je razdoblje u životu pojedinca koje se definira prema kronološkoj dobi osobe, prema socijalnim ulogama ili statusu, odnosno prema funkcionalnom statusu. Manifestacija i brzina psihičkih promjena u starijoj životnoj dobi ovisi o zastupljenosti sljedećih čimbenika: utjecaju civilizacije, kulture i društva prema starenju i starim osobama, napretku tehnologije, socijalno-ekonomskim promjenama, gubitku zdravlja, simptomima i znakovima bolesti te individualnom pristupu i doživljaju starosti (1).

Starenje stanovništva postalo je jedno od najvažnijih pitanja budućeg društvenog razvoja velikog broja zemalja. Utjecaji i posljedice relativno brzih povećanja udjela stare populacije u društvu očituju se u najvažnijim sektorima kao što su gospodarstvo, zdravstvo, socijalna skrb i brojnim drugim. Iako se starosti kao fenomenu u politici skrbi često prilazi na individualnoj razini, nastojeći pronaći odgovore na specifičnosti potreba starije osobe, ipak se danas razvijena društva izrazito trude fenomenima starosti i starenja pristupiti u kontekstu šire društvene razine. Takav pristup svoje utemeljenje ima i u činjenici da prilagodba na starost ne ovisi samo o biološkim i psihološkim činiteljima, već i o vanjskim činiteljima kao što su socijalna okolina, obiteljske prilike, stambeni uvjeti i sustavi potpore koji u nekoj sredini postoje, a usmjereni su na pomoć starijim osobama (2).

1.1. Starost i podjela prema razdobljima

Pod pojmom starosti obično se podrazumijeva razdoblje nakon 65. godine života, no starosna se struktura populacije starih, definirana umirovljenjem ili starosnom granicom više od 60 ili više od 65 godina, promijenila, a njome i predodžba starog čovjeka. Cijela se kategorija može podijeliti na najmanje dva razdoblja (do 75 i više od 75 godina), a time i sve stare na »mlađe« i »starije« (3).

Prema definiciji SZO, starije su osobe ljudi u dobi od 60 do 75 godina, stare su osobe one od 76 do 80 godina, a vrlo stare osobe one su u dobi iznad 90 godina (4). Definiranje starosti ipak nije isključivo pitanje nečije kronološke dobi i funkcionalnih sposobnosti, već i odnos kvalitete nečijeg života, sustava vrijednosti i obilježja sredine u kojoj neka osoba živi (2).

Starenje obično znači nešto što je usko povezano s kronološkom starosti, ali ne i njoj istovjetno. Ako je poznata samo starost nekog čovjeka, može se predvidjeti vrlo velik broj promjena u vezi s njegovom anatomijom, fiziologijom te psihičkim i društvenim promjenama. Starije se osobe po mnogočemu međusobno razlikuju. Te su razlike nastale, prije svega, zbog različitih životnih uvjeta kroz koje su te osobe prošle i zbog iskustava koje su stekle (4).

Osobe treće životne dobi ne može se tretirati kao homogenu skupinu jer razvidne su razlike po potrebama, sposobnostima i sklonostima. Tijekom toga razdoblja, pojedinci dobivaju svjetonazor, nove perspektive, nove izazove vezane uz starenje i starost. Tako svojim odlukama kreiraju život u starosti. Treće je životno razdoblje definirano kao razdoblje kad su pojedinci ostvarili svoje životne ciljeve i izišli iz područja rada.

Autori Rowe i Khan dijele starenje na normalno starenje i uspješno starenje. Njihov koncept normalnog starenje povezan je s biološkim procesom starenja, čime se smanjuje kapacitet, slabljenje je povezano s bolestima, kao i sa smanjenim socijalnim djelovanjem. Kastenbaum određuje starost kao proces samoostvarenja koji se održava tijekom cijelog života. Dakle, briga za zdravlje obuhvaća i brigu za očuvanje slobode i samoodređenja, ljudskih odnosa, zabrinutost za učenje i kreativnost, svijest o vrijednostima i značenju života (5).

Postavlja se pitanje zašto neki pojedinci vlastitu starost doživljavaju kao određeni izazov, u njoj pronalaze nov smisao i zadovoljni su svojim životom, a umirovljenje doživljavaju kao nagradu, dok drugi pak starost dočekuju tužni, nezadovoljni te u starosti razvijaju određene psihičke poteškoće poput depresije i anksioznosti, a umirovljenje doživljavaju kao kaznu i gubitak socijalne uloge.

1. 2. Kvaliteta života

Već je mnogo godina kvaliteta života u središtu zanimanja brojnih istraživača i znanstvenika, a i jedna od tema koja prožima život svakoga čovjeka. Definicije i mjerenje kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale vremenom. Danas je jasno da je kvaliteta života sveukupno blagostanje na koje utječu objektivni pokazatelji, a velik udio ima i

subjektivna percepcija te vrijednovanje - tjelesno, materijalno, socijalno i emocionalno blagostanje, osobni razvoj i svrhovita aktivnost.

Autori Krznarić i Kolesarić definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života, određenog objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, osobinama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti te specifičnog životnog iskustva pojedinca.

Postoje brojna istraživanja o kvaliteti života različitih dobnih skupina, društvenih skupina te opće populacije. U literaturi postoje brojna istraživanja i kvalitete života, ali i vidova koji tu kvalitetu čine. Tako, primjerice, ekonomisti procjenjuju kvalitetu života temeljem društvenog proizvoda ili ekonomskog standarda. Nutricionisti, s druge strane, zastupaju zdravu prehranu kao važan činitelj kvalitetnog života. Sociolozi se bave društvenim odnosima među različitim skupinama ljudi. Psiholozi i zdravstveni djelatnici proučavaju kvalitetu života sa stajališta pojedinca, a pri tome kvalitetu života često dovode u vezu sa zdravljem.

Prema SZO kvaliteta života definira se kao percepcija uloga pojedinca u kontekstu kulture i vrijednosti u kojima živi te u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige. Iz navedenog vidi se da je riječ o subjektivnoj evaluaciji kvalitete života u okviru kulture, socijalne okoline i okruženja u kojima pojedinac živi (6).

Pored brojnih socioekonomskih implikacija koje proces povećavanja udjela starog stanovništva nosi sa sobom, starenje se smatra i demografskim pokazateljem smanjenja kvalitete života. Razvoj medicine i tehnologije, kvalitetnija zdravstvena zaštita i mnogi drugi čimbenici doveli su do toga da se ljudski vijek produljio i da se taj trend nastavlja. No kronološko produljivanje trajanja života znači da sve više ljudi treba pomoć u starijoj životnoj dobi, bilo da bi zadovoljili svoje primarne potrebe, bilo da bi i u starosti mogli aktivno doprinosti vlastitoj dobrobiti, svojoj obitelji ili široj lokalnoj zajednici. Postavlja se pitanje kako unaprijediti životni položaj starih ljudi i kako im pomoći da ostanu što dulje samostalni i aktivni. Pristupanje fenomenu starosti zbog toga usko je vezano uz pojam kvalitete života (7). Osim različitih subjektivnih pokazatelja, koji ovise o osobinama ličnosti pojedinca, istraživanja kvalitete života koriste se objektivnim konceptima kao što su materijalne prilike, stambeni uvjeti, organizacija zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, stopa smrtnosti i sl. (8).

Ispitivanje razlike u kvaliteti života između više i manje aktivnih umirovljenika pokazalo je da razina aktiviteta utječe na kvalitetu života sudionika, ali i na razinu usamljenosti. S druge strane, razina aktiviteta ne utječe na razinu optimizma/pesimizma kod starijih osoba. Umirovljenici koji imaju kvalitetniji kontakt sa svojom socijalnom mrežom (djeca, unuci, srodnici, prijatelji) aktivniji su i zadovoljniji tim odnosima, više su uključeni u život zajednice (npr. kino, kazalište, organizirani sadržaji), a time i zadovoljniji položajem u društvu, provođenjem slobodnog vremena, dosadašnjim životom te usporedbom svojega života sa životima prijatelja (9). Rezultati istraživanja zadovoljstva kod starijih udovica pokazuju da je najveći izvor zadovoljstva, a time i kvalitete života, zapravo osjećaj korisnosti, odnosno mogućnost davanja resursa koje starija osoba posjeduje, ali i mogućnost da im život bude zanimljiv (10). Nadalje, istraživanja su pokazala da su osobe lošijeg zdravstvenog statusa manje aktivne, više socijalno izolirane, čime im je kvaliteta života niža (11).

U Republici Hrvatskoj 2003. godine provedeno je istraživanje kojim je ispitana kvaliteta života općenito te se pokazalo da su stanovnici Republike Hrvatske u prosjeku zadovoljni. U istraživanju srednje vrijednosti kvalitete života po skupinama pokazuju trend opadanja s dobi. Vrijednost skupine starije od 70 godina niža je od svih ostalih dobnih skupina u svim varijablama. Rezultati provedenog istraživanja upućuju na postojanje dobnih razlika u kvaliteti života u cjelini, ali i u njezinim pojedinim domenama (6).

1.3. Teorije starenja

Da bi se u procesu starenja pojedinci uspješno suočavali s teškoćama te da bi uspješno starjeli, važno je da imaju aktivan život i da stalno pronalaze interese kojima će zamijeniti rad, o čemu govori teorija aktiviteta. Također, trebali bi pronalaziti i nove prijatelje te tako zamijeniti one drage osobe koje su se odselile ili koje su umrle. Teorija aktiviteta usmjerena je na odnose socijalne aktivnosti i zadovoljstva životom u starosti. Teoretičari tog pristupa procjenjuju da smanjenje socijalnih interakcija nisu potaknuli stariji pojedinci, već su rezultat utjecaja zajednice i vanjskih okolnosti. Vrijednost aktiviteta promatra se kao važan čimbenik u uspostavljanju uloga za pojedince koje su pak izrazito važne za samoodređenje. Kako osoba stari, vrlo je često deprivirana od mnogih važnih uloga koje se postavljaju pred nju tijekom odrasle dobi. Stoga se trebaju javiti neke zamjenske uloge.

Carnesten (1991) je iznio postavke o teoriji selektivnosti koja uzima u obzir i promjene socijalnih kontakata u procesu starenja. Teorija se usmjerava na svrhu socijalnih interakcija i kvalitetu socijalnih kontakata. Longitudinalna istraživanja pokazala su da se neki oblici socijalnih kontakata smanjuju sa starošću, počevši od srednje životne dobi, dok neki ostaju relativno stabilni sve do 80-ih godina života. Emocionalna zatvorenost u vezama s rođacima i bliskim prijateljima povećava se tijekom odrasle životne dobi. Dakle, postoji određena selektivnost s obzirom na socijalne kontakte te se ne može govoriti o potpunom povlačenju. Teorija selektivnosti slaže se da socijalne interakcije u starosti uglavnom imaju ulogu regulacije raspoloženja i čuvstava. Socijalne interakcije uključuju emocije i u procesu starenja pojedinac izabire samo one socijalne interakcije koje će dovesti do pozitivnih emocionalnih iskustava. Socijalni kontakti, koji mogu imati negativne učinke i traže ulaganje znatne količine energije, obično se izbjegavaju. Dakle, selektivnost u socijalnim interakcijama adaptivna je strategija koja dovodi do osjećaja sreće i zadovoljstva u starosti (12).

1.4. Samački način života i socijalna isključenost

Posebno je zabrinjavajuća činjenica da se u mnogim zapadnim zemljama povećava broj samačkih kućanstva. U posljednjih je četrdeset godina u gotovo cijelom svijetu došlo do opadanja udjela starijih osoba koje žive s djecom (12). Takve zabrinjavajuće trendove ublažava podatak prema kojem je oko 20 % ljudi starijih od 65 godina u EU-u obuhvaćeno nekim neformalnim oblikom skrbi unutar obitelji ili šire srodničke skupine, a kada je riječ o osobama starijim od 75 godina, taj se udio kreće između 30 % i 60 %, ovisno o tome kako je takav oblik skrbi u pojedinoj zemlji definiran (13, 14). Nešto veći udio starih koji žive u kohabitaciji sa svojom djecom prisutan je među mediteranskim zemljama EU-a, dok je najmanje zastupljen među sjevernim članicama. Za očekivati je da će se i nadalje povećavati broj starih ljudi koji žive sami. Tome pridonose brojni čimbenici kao što su sve veće zapošljavanje žena, procesi transformacije, promjene na tržištu rada i brojni drugi.

Porast samačkih staračkih kućanstava uvjetovan je željom starijih osoba da ostanu u vlastitom domu, ali i njihovim financijskim mogućnostima da si osiguraju skrb kod kuće upravo kroz različite izvaninstitucijske oblike i usluge (15). No rastući broj samačkih kućanstava potiče trend svojevrsnog „društvenog osamljivanja“ (12).

Hrvatska još uvijek ne slijedi trend razvijenih zemalja da se starije umirovljeno stanovništvo seli iz velikih gradova u manja mjesta gdje je život jeftiniji i kvalitetniji. Stari ljudi nisu pripravnici na seljenje iz urbanih sredina poput Zagreba kako bi na drugom mjestu stanovali jeftinije i kvalitetnije, a nisu spremni založiti ili prodati imovinu – stan kako bi imali pristojnu kvalitetu života (16).

Starije su osobe izložene povećanom riziku različitih gubitaka - zdravlja, supružnika, ekonomskog statusa, neovisnosti i slično. Gubitci kod osjetljivih osoba dovode do smanjenja samopoštovanja i depresije, kao i do neugodnog osjećaja gubitka kontrole nad vlastitim životom. Slaba socijalna potpora i mreža socijalnih kontakata mogu dovesti osobu u socijalnu izolaciju. Socijalna izolacija može rezultirati pretjeranom usmjerenosti na vlastito tijelo, razna tjelesna stanja i simptome (4).

Usamljenost poprima drugačije odrednice u starijoj dobi, u kojoj samački život postaje sve češći: socijalni se kontakti smanjuju, radna je obveza prestala, smanjuju se prihodi, izazov viška „slobodnog vremena“ ne rješava se na uspješan način, broj se jednonaraštajnih domaćinstava povećava, pojavljuje se potreba za pomoći u obavljanju kućanskih poslova, zdravstvene se poteškoće intenziviraju, osamljenost u konačnici stvara određene psihičke, ali i fizičke poteškoće (17).

Postoje različiti čimbenici koji povećavaju mogućnost usamljenosti i socijalne izolacije kod starijih osoba. Neki se odnose na osobne okolnosti - usamljenost i izolacija češće se javljaju kod osoba koje su izgubile životnog partnera ili nemaju djece. Drugi čimbenici koji se spominju podrazumijevaju životne događaje kao što su nagle promjene, preseljenje u dom i slično. Također, loše fizičko zdravlje, kao i mentalno zdravlje, povezani su s usamljenosti i izolacijom (18).

Osjećaj usamljenosti kojem su starije osobe jako podložne često ih odvlači k uporabi alkohola, a nisu rijetka ni samoubojstva u starijoj životnoj dobi. Prilagodba na smrt bračnog druga u starosti vrlo je teška. Djeca ne mogu nadoknaditi kvalitetu odnosa među bračnim partnerima. Gubitak bračnog partnera jedan je od najjačih stresova što ga osoba može doživjeti. Nakon smrti bračnog partnera češće umiru udovci nego udovice. Muškarci češće potiskuju žalovanje i više su vezani uz žene. Povezanost između stresa i zdravlja starijih osoba, i tjelesnog, ali i psihičkog, znatno je složenija nego što se nekada pretpostavljalo (4).

Nesumnjivo je da su pojmovi socijalne isključenosti i socijalnog uključivanja postali „zaštitni znakovi“ europske socijalne politike. Literatura navodi kako je teško pronaći imalo važan dokument Europske unije koji je u socijalnoj domeni, a u kojemu socijalna isključenost nije istaknuta kao glavni problem. Prije svega, nema općeprihvaćene definicije isključenosti ni usuglašenog modela operacionalizacije. Socijalna isključenost nije jasno razgraničena od mnoštva sličnih pojmova, kao što su siromaštvo, marginalnost ili deprivacija, što znači da taj pojam do sada nije teorijski dobro utemeljen niti je empirijski potvrđen (19).

U trećoj životnoj dobi socijalna potpora i dalje ima snažnu ulogu u smanjivanju stresa, promičući tako tjelesno zdravlje i psihičku dobrobit. Neki autori smatraju kako socijalna potpora povećava šanse za dulji život (17).

1.5. Depresija

Starosna je depresija bolest koja se javlja u osoba starijih od 65 godina. Kod osoba starije životne dobi simptomatologija depresije često nije karakteristična te se često kasni s početkom liječenja. Kod starosne depresije prevladavaju tjelesni simptomi, opisuje se postojanje nejasnih bolova, a pogodovati joj mogu nedostatna ili pogrešna prehrana i/ili nedostatno uzimanje tekućine (1). Depresivni je poremećaj po učestalosti u ukupnoj populaciji na visokom četvrtom mjestu, a predstavlja i drugi najčešći zdravstveni problem ženske populacije. Svjetska zdravstvena organizacija predviđa da će do 2020. godine depresija postati drugi zdravstveni problem u svijetu te vodeći zdravstveni problem u žena (20).

Depresivnim nazivamo onu promjenu raspoloženja koje je bolesno sniženo, a razlikuje se od normalnog po jačini, po duljini trajanja i po nemogućnosti da osoba takvo raspoloženje kontrolira (21).

Bolest dijagnosticiramo kada se osoba kontinuirano osjeća žalosno svakog dana, veći dio dana, u razdoblju od dva tjedna ili duže i kada ju više ništa ne može razveseliti. Simptomi

su depresije, uz sniženo raspoloženje, ravnodušnost, bezidejnost, apatija, anhedonija, pojačana napetost, nemir i razdražljivost. Unatoč velikoj učestalosti, depresija u 50 % slučajeva nije prepoznata. Depresiju često ne prepoznaju osobe koje od nje boluju kao ni njihova najbliža okolina, što povežujemo s neupućenošću, neznanjem i strahom. Prema međunarodnoj klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja ICD-10, depresivna epizoda može se označiti kao blaga, umjerena i teška. Teška epizoda može biti sa psihotičnim simptomima ili bez njih. ICD-10, međunarodnu klasifikaciju bolesti, objavila je 1992. godine Svjetska zdravstvena organizacija te je prihvaćena u većini europskih zemalja, a u službenoj je uporabi i u našoj zemlji.

Kriteriji za postavljanje dijagnoze depresivne epizode dijele se na tipične simptome i druge česte simptome. Tipični su simptomi: depresivno raspoloženje, gubitak interesa uživanja i smanjena životna energija u vidu umora i smanjene aktivnosti. Drugi su česti simptomi: smanjena koncentracija i pažnja, smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje, osjećaj krivnje i bezvrijednosti, sumoran i pesimističan pogled na budućnost, ideje o samoozljeđivanju ili samoubojstvu, poremećaj spavanja i smanjen tek (22).

Bolesnici oboljeli od depresije zahtijevaju multidisciplinarni pristup u liječenju. Važno je rano prepoznavanje i učinkovito, vremenski dovoljno dugo liječenje kako bi se izbjegle posljedice i kronični tijek bolesti. Treba istaknuti da značajan broj depresivnih bolesnika često pohodi hitne internističke i neurološke ambulante ili odlaze liječniku obiteljske medicine tužeći se na tjelesne smetnje čiji je pravi izvor u neprepoznatom depresivnom poremećaju. Stoga je za pravilan pristup i optimalno liječenje bolesnika neophodan ciljan i opsežan psihijatrijski pregled, fizikalni pregled, laboratorijska i neurološka obrada u svrhu razlučivanja pravog izvora simptoma (23).

2. HIPOTEZA

U osoba koje žive sami veća je pojavnost depresivnosti, a kvalitetu života i životnog zadovoljstva procjenjuju lošijom.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Glavni je cilj ovog istraživanja ispitati pojavnost i razinu depresivnosti te kvalitetu života i životnog zadovoljstva osoba treće životne dobi.

Specifični ciljevi usmjereni su na sljedeća pitanja:

- ispitati postoji li razlika s obzirom na to žive li sami ili sa najmanje jednim članom obitelji,
- ispitati postoji li razlika s obzirom na spol i dob.

4. ISPITANICI I METODE

Istraživanje je provedeno tijekom srpnja i kolovoza 2017. godine.

4.1. Ustroj studije

Provedena je presječna studija (24).

4.2. Ispitanici

U istraživanje je uključeno 146 ispitanika koji su korisnici Patronažne službe Osijek Kriterij za uključivanje ispitanika u istraživanje bili su starosna dob iznad 65 godina, zatim status korisnika Patronažne službe Osijek te boravište na području grada Osijeka. Također, kriterij po kojem su osobe uključene u istraživanje bio je taj da su sposobne same ispuniti anketni upitnik. U istraživanje su uključene osobe kod kojih nisu zabilježene teže tjelesne bolesti koje nisu isključivo vezane za proces starenja te psihičke bolesti.

4.3. Metode

Kao metoda istraživanja upotrijebljen je anonimni upitnik koji se sastojao od općih socijalno-demografskih podataka kao što su spol, dob, bračni status, razina obrazovanja te broj članova kućanstva. Gerijatrijska skala depresivnosti (Yesavage i sur., 1982) upotrijebljena je za mjerenje razine depresivnosti, odnosno upotrijebljen je skraćeni oblik koji se sastoji od 15 pitanja na koja su ispitanici odgovarali s DA ili NE. Odgovor NE u pitanjima 1, 5, 7, 11, 13 nosio je 1 bod. Odgovor DA u pitanjima 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 nosi 1 bod. Zbroj bodova od 0 do 5 označava da nema znakova depresivnosti, od 6 do 9 označava postojanje manjih znakova koji upućuju na depresivnost, a 10 bodova i više označava postojanje većih znakova koji upućuju na depresivnost.

Q-LES-Q-SF upitnik upotrijebljen je za ispitivanje kvalitete života i životnog zadovoljstva. Upotrijebljena je skraćena inačica upitnika koja se sastojala od 15 jedinica, prilagođena za potrebe istraživanja. Posljednja je jedinica zasebna te ne ulazi u konačan zbroj bodova. Ispitanici su na tvrdnje odgovarali brojevima 1 - 5, ovisno o stupnju zadovoljstva, što znači: 1 - jako nezadovoljan, 2 - nezadovoljan, 3 - ni zadovoljan ni nezadovoljan, 4 - zadovoljan te 5 - jako zadovoljan. Raspon bodova moguć je od 11 do 55. Formula za izračunavanje postotka jest: (zbroj bodova - minimalan broj bodova) podijeljeno sa

(maksimalan mogući zbroj bodova – minimalan broj bodova). Pristupnica je osobno anketirala sve ispitanike kako bi osigurala iste uvjete istraživanja. Za uporabu upitnika dobivena je suglasnost autora.

4.4. Statističke metode

Kategorijski su podaci predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Numerički podaci opisani su medijanom i interkvartilnim rasponom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli ispitana je Shapiro-Wilkovim testom. Razlike numeričkih varijabli između dviju nezavisnih skupina ispitane su Mann-Whitneyjevim U testom, a između tri i više skupina Kruskal-Wallisovim testom. Ocjena povezanosti dana je Spearmanovim koeficijentom korelacije ρ (26). Sve su P vrijednosti dvostrane. Razina je značajnosti postavljena na $\text{Alpha} = 0,05$. Za statističku analizu upotrijebljen je statistički program MedCalc Statistical Software version 14.12.0 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2014).

4.5. Etička načela

Svi ispitanici obaviješteni su o cilju istraživanja, dobili su pisanu obavijest za ispitanike te izjavu i dokument o pristanku i suglasnosti obaviještenog ispitanika za sudjelovanje. Dobrovoljno su pristali sudjelovati u istraživanju, što su potvrdili potpisom. Istraživanje je provedeno u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima u istraživanjima. Za istraživanje dobivena je suglasnost Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Osijek 29. lipnja 2017. godine.

5. REZULTATI

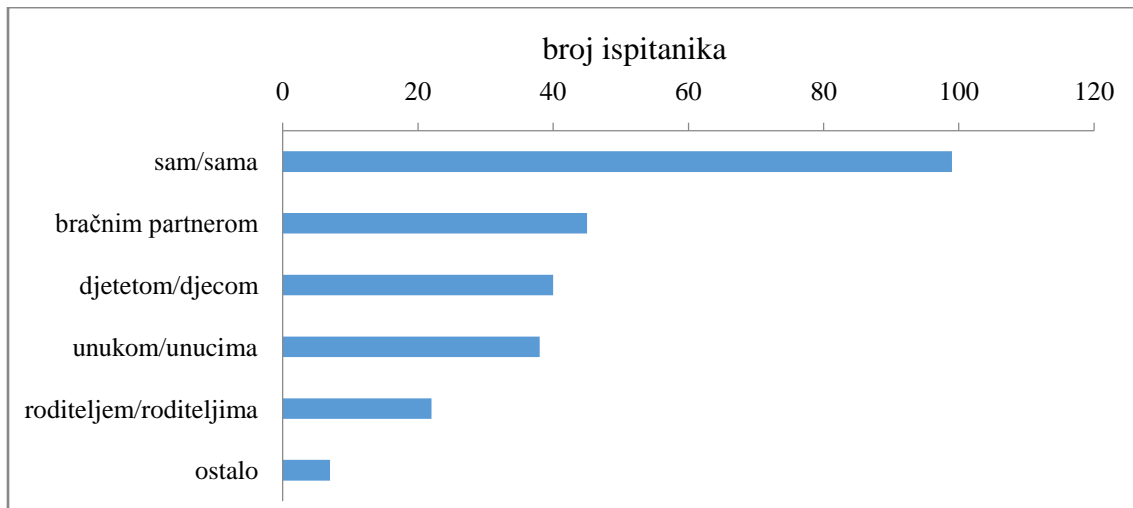
5.1. Osnovna obilježja ispitanika

Istraživanje je provedeno na 146 ispitanika, od kojih je 61 (41,8 %) muškarac i 85 (58,2 %) žena. Središnja je vrijednost (medijan) dobi ispitanika 74 godine (interkvartilnog raspona od 67 do 80 godina) u rasponu od 65 do 96 godina. Nešto je više ispitanika u dobi od 65 do 74 godine. U braku je 45 (30,8 %) ispitanika, a 77 (52,7 %) je udovaca/udovica. S obzirom na razinu obrazovanja, 76 (52,1 %) ispitanika srednje je stručne spreme, više stručne spreme njih 24 (16,4 %), a visoke 7 (4,8 %) ispitanika (Tablica 1.).

Tablica 1. Osnovna obilježja ispitanika

	Broj (%) ispitanika
Spol	
Muškarci	61 (41,8)
Žene	85 (58,2)
Dobne skupine	
od 65 do 74 godine	79 (54,9)
od 75 do 84 godine	46 (31,9)
od 85 i više godina	19 (13,2)
Bračni status	
U braku	45 (30,8)
Udovac/ica	77 (52,7)
Razveden/na	14 (9,5)
Izvanbračna veza	2 (1,3)
Samac	8 (5,4)
Razina obrazovanja	
Osnovna škola	15 (10,3)
Niska stručna sprema	24 (16,4)
Srednja stručna sprema	76 (52,1)
Viša stručna sprema	24 (16,4)
Visoka stručna sprema	7 (4,8)
Ukupno	146 (100)

Samo živi 99 (67,8 %) ispitanika, sa bračnim partnerom 45 (30,8 %), s djetetom/djecom njih 40 (27,3 %), s unukom/unucima 38 (26,02 %) ispitanika, s roditeljem/roditeljima 22 (15 %) ispitanika, a ostalo navodi 7 (4,7 %) ispitanika (Slika 1.).



Slika 1. Raspodjela ispitanika prema tome s kim žive

Prema tome s koliko članova živi u zajedničkom kućanstvu, ispitanici su podijeljeni u dvije skupine, njih 99 (67,8 %) koji žive u sami, te 47 (32,2 %) ispitanika koji žive sa najmanje jednim članom obitelji.

5.2. Gerijatrijska skala depresije

Gerijatrijsku skalu depresije čini 15 pitanja. Većinu vremena u proteklih tjedan dana bilo je raspoloženo 114 (78,1 %) ispitanika, a zadovoljno svojim životom 104 (71,2 %) ispitanika. U kući je radije ostalo nego izašlo van i bavilo se raznim aktivnostima 98 (67,1 %) ispitanika, a u proteklom tjednu 90 (61,6 %) ispitanika smatralo je da im je život prekrasan (Tablica 2.).

Tablica 2. Gerijatrijska skala depresije

Kako su se osjećali u proteklih tjedan dana	Broj (%) ispitanika		
	Ne	Da	Ukupno
Jeste li bili zadovoljni svojim životom?	42 (28,8)	104 (71,2)	146 (100)
Jeste li smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja?	100 (69)	45 (31)	145 (100)
Jeste li se osjećali kako je Vaš život neispunjen?	117 (80,1)	29 (19,9)	146 (100)
Jeste li se često dosađivali?	124 (84,9)	22 (15,1)	146 (100)
Jeste li bili dobro raspoloženi većinu vremena?	32 (21,9)	114 (78,1)	146 (100)
Jeste li se bojali da će Vam se nešto loše dogoditi?	113 (77,4)	33 (22,6)	146 (100)
Jeste li bili sretni većinu vremena?	49 (33,6)	97 (66,4)	146 (100)
Jeste li se često osjećali bespomoćno?	135 (92,5)	11 (7,5)	146 (100)
Jeste li radije ostajali kod kuće nego izašli van i bavili se raznim aktivnostima?	48 (32,9)	98 (67,1)	146 (100)
Smatrate li da imate više problema s pamćenjem nego većina drugih ljudi?	103 (70,5)	43 (29,5)	146 (100)
Smatrate li da Vam je život sada prekrasan?	56 (38,4)	90 (61,6)	146 (100)
Jeste li se osjećali bezvrijedno?	141 (96,6)	5 (3,4)	146 (100)
Jeste li se osjećali puni energije?	95 (65,1)	51 (34,9)	146 (100)
Jeste li osjećali da ste u bezizlaznoj situaciji?	138 (94,5)	8 (5,5)	146 (100)
Smatrate li da je drugima bolje nego Vama?	118 (80,8)	28 (19,2)	146 (100)

S obzirom na odgovore, bez znakova depresivnosti 82 (56,2 %) su ispitanika, a 64 (43,8 %) ispitanika imaju blagu depresivnost. Od 85 (58 %) žena, značajno je više onih koje pokazuju blagu depresivnost, njih 46 (72 %), dok su muškarci značajno češće bez znakova depresivnosti (χ^2 test, $P = 0,003$). Stariji ispitanici značajno češće pokazuju blagu depresivnost (χ^2 test, $P = 0,04$). Ispitanici koji žive s najmanje jednim članom obitelji značajno su manje depresivni u odnosu na ispitanike koji žive sami (χ^2 test, $P = 0,03$) (Tablica 3.).

Tablica 3. Prisutnost depresije u odnosu na spol, dobne skupine i suživot

	Broj (%) ispitanika prema depresivnosti			P*
	Nema znakova depresije	Manji znakovi koji upućuju na depresiju	Ukupno	
Spol				
Muškarci	43 (52)	18 (28)	61 (42)	0,003
Žene	39 (48)	46 (72)	85 (58)	
Dobne skupine				
od 65 do 74 godine	51 (63)	28 (44)	79 (55)	0,04
od 75 do 84 godine	23 (28)	23 (37)	46 (32)	
od 85 i više godina	7 (9)	12 (19)	19 (13)	
Suživot				
žive sami	50 (61)	49 (77)	99 (68)	0,03
1 ili više članova obitelji	32 (39)	15 (23)	47 (32)	
Ukupno	82 (100)	64 (100)	146 (100)	

* χ^2 test

5.3. Kvaliteta života i životnog zadovoljstva (Q-LES-Q)

U proteklih tjedan dana obiteljskim je odnosima jako zadovoljno 37 (25,3 %) ispitanika, a društvenim odnosima 35 (24 %) ispitanika. Sposobnostima kretanja bez vrtoglavice, nestabilnog hoda ili padanja ni nezadovoljno ni zadovoljno 90 (61,6 %) je ispitanika, a njih 78 (53,4 %) sa sposobnostima obavljanja svakodnevnih poslova ili bavljenja hobijima. Jako je nezadovoljno 11 (8,9 %) ispitanika seksualnim životom, po 2 (1,4 %) ispitanika financijskim ili stambenim pitanjem, a samo jedan ispitanik (0,7 %) sposobnostima svakodnevnog funkcioniranja (Tablica 4.).

Tablica 4. Samoprocjena tvrdnji vezanih uz kvalitetu života

Koliko ste u proteklih tjedan dana bili zadovoljni svojim	Broj (%) ispitanika					
	Jako nezadovoljan	Nezadovoljan	Niti nezadovoljan niti zadovoljan	Zadovoljan	Jako zadovoljan	Ukupno
tjelesnim zdravljem	0	11(7,5)	68(46,6)	65(44,5)	2(1,4)	146(100)
raspoloženjem	0	7(4,8)	49(33,6)	62(42,5)	28(19,2)	146(100)
kućanskim poslovima	0	23(15,8)	42(28,8)	59(40,4)	22(15,1)	146(100)
društvenim odnosima	0	21(14,4)	35(24)	55(37,7)	35(24)	146(100)
obiteljskim odnosima	0	26(17,8)	31(21,2)	52(35,6)	37(25,3)	146(100)
slobodnim aktivnostima	0	9(6,2)	60(41,4)	50(34,5)	26(17,9)	145(100)
sposobnostima svakodnevnog funkcioniranja	1(0,7)	12(8,3)	66(45,8)	54(37,5)	11(7,6)	144(100)
seksualnim životom	11(8,9)	53(43,1)	51(41,5)	7(5,7)	1(0,8)	123(100)
financijskim stanjem	2(1,4)	33(22,6)	58(39,7)	40(27,4)	13(8,9)	146(100)
stambenim pitanjem	2(1,4)	24(16,4)	62(42,5)	44(30,1)	14(9,6)	146(100)
sposobnostima kretanja bez vrtoglavice, nestabilnog hoda ili padanja	0	12(8,2)	90(61,6)	39(26,7)	5(3,4)	146(100)
sposobnostima obavljanja svakodnevnih poslova ili bavljenja hobijima	0	9(6,2)	78(53,4)	52(35,6)	7(4,8)	146(100)
osjećajem općeg stanja	0	4(2,7)	65(44,5)	66(45,2)	11(7,5)	146(100)
lijekovima (ako ih uzimate)	0	14(9,6)	46(31,5)	73(50)	13(8,9)	146(100)
Kako biste ocijenili Vaše sveukupno zadovoljstvo životom u proteklih tjedan dana?	0	8(5,5)	48(32,9)	65(44,5)	25(17,1)	146(100)

Cijela se skala preračunala na skalu od 0 do 100, gdje više vrijednosti znače i bolju kvalitetu života. Središnja vrijednost (medijan) skale kvalitete života bila je 70,7 (interkvartilnog raspona od 57 do 76). Nema značajnih razlika u ocjeni u odnosu na spol, dok ispitanici s 85 i više godina značajno niže ocjenjuju svoju kvalitetu života, medijana 60 (interkvartilnog raspona od 52 do 71) u odnosu na ispitanike do 74 godina s medijanom 73,3 (interkvartilnog raspona od 59 do 81) (Kruskal-Wallisov test, $P = 0,005$). Ispitanici koji žive sami niže su ocijenili svoju kvalitetu života, medijana 63 (interkvartilnog raspona od 55 do 75) u odnosu na one koji žive s najmanje jednim članom obitelji, medijana 76 (interkvartilnog raspona od 71 do 87) (Mann-Whitneyjev U test, $P < 0,001$) (Tablica 5.).

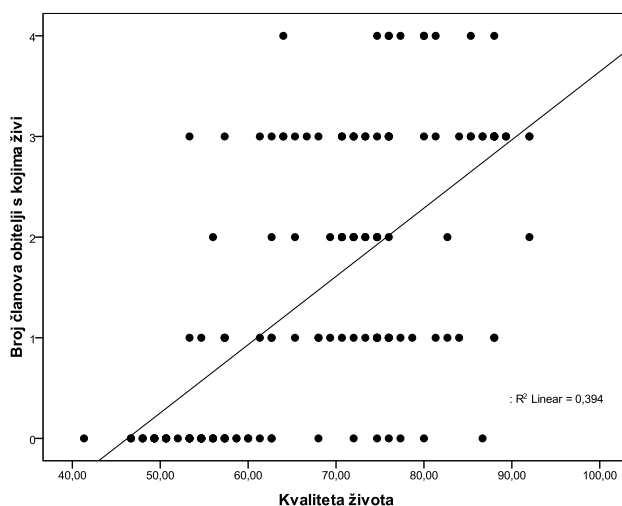
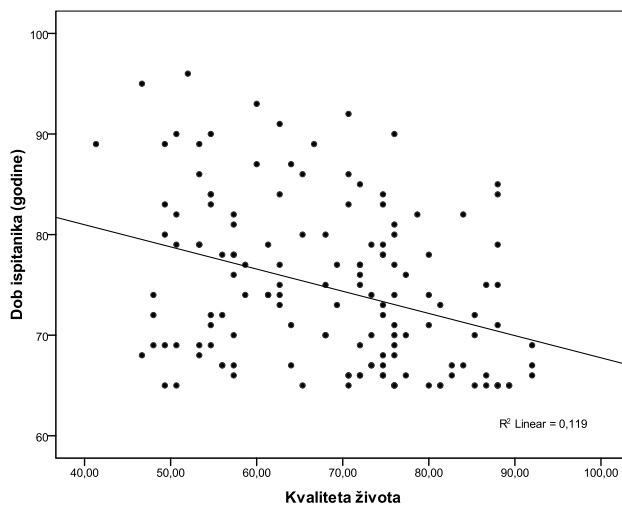
Tablica 5. Ocjena skale kvalitete života u odnosu na spol, dobne skupine i suživot

	Medijan (interkvartilni raspon)	P
Spol		
Muškarci	72 (57 - 82)	0,08*
Žene	70,7 (55 - 76)	
Dobne skupine		
od 65 do 74 godine	73,3 (59 - 81)	0,005 [†]
od 75 do 84 godine	69 (57 - 75)	
od 85 i više godina	60 (52 - 71)	
Suživot		
žive samo	63 (55 - 75)	< 0,001*
1 ili više članova obitelji	76 (71 - 87)	
Ukupno	70,7 (57 - 76)	

*Mann Whitney U test, [†]Kruskal Wallis test

5.4. Povezanost kvalitete života s depresijom, dobi i s brojem članova s kojima žive

Spearmanovim koeficijentom korelacije ocijenjena je povezanost dobi s kvalitetom života te je utvrđeno da stariji ispitanici imaju značajno manju ocjenu kvalitete života (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0,347$ $P < 0,001$) u odnosu na mlađe ispitanike te da su značajnije više depresivni (Spearmanov koeficijent korelacije, $\rho = 0,297$ $P < 0,001$). Ako ispitanik živi s jednim ili više članova obitelji, svoju kvalitetu života značajnije je ocijenio boljom u odnosu na one koji žive sami (Spearmanov koeficijent korelacije, $\rho = 0,644$ $P < 0,001$).



Slika 2. Povezanost kvalitete života s dobi ispitanika ($\rho = -0,347$) i brojem članova obitelji s kojim žive ($\rho = 0,644$)

6. RASPRAVA

Hipoteza je postavljena u ovom istraživanju potvrđena, odnosno osobe treće životne dobi koje žive same pokazuju veću razinu depresivnosti te ocjenjuju kvalitetu života i životnog zadovoljstva nižom.

Istraživanje pokazuje kako je većinu vremena u proteklih tjedan dana bilo raspoloženo 114 (78,1 %) ispitanika, zadovoljno svojim životom bila su ukupno 104 (71,2 %) ispitanika. Činjenica da je 98 (67,1 %) ispitanika radije ostalo u kući nego izišlo van i bavilo se raznim aktivnostima, a isto tako i činjenica da je samo 51 ispitanik (34,9 %) izjavio da se osjećao pun energije, može se pripisati vremenskim prilikama s obzirom na godišnje doba i visoke temperature. Na pitanje jesu li bili sretni većinu vremena, 97 (66,4 %) dali su potvrđan odgovor.

Rezultati istraživanja provedenog u Dubrovniku 2015. godine pokazuju da je na postavljeno pitanje o zadovoljstvu životom od ukupno 43 ispitanika, 31 ispitanik (72%) odgovorio potvrdno, dok njih 12 (28%) nije zadovoljno sa svojim životom. Dobro je raspoloženo većinu vremena bilo 29 (67%) ispitanika, dok 14 (33%) izjavljuje da većinu vremena nisu bili dobro raspoloženi. Na postavljeno pitanje o izlascima, 19 ispitanika (44%) češće želi ostati kod kuće, dok 24 (55%) ispitanika žele češće izlaziti iz kuće i raditi nešto. 16 ispitanika (37%) izjavljuje da je zapostavilo većinu aktivnosti i interesa, dok je 27 (63%) ispitanika odgovorilo suprotno (26).

Prema istraživanju Seligmana (2008), gotovo dvije trećine ispitanih osoba sretna je veći dio godine. Postoje razlike u dobi – najmlađe starije osobe procjenjuju da su više vremena sretne, a s dobi taj postotak opada. Isti trend nalazi se i u ocjeni kvalitete življenja – oko tri četvrtine osoba u dobi 65-69 godina ocjenjuje je vrlo visokom, dok u starijoj dobi taj udio pada na polovinu ili trećinu. Sretni ljudi žive duže, vjerojatno jer osjećaj sreće štiti fizičko zdravlje (27).

Rezultati istraživanja kojeg su 2013. godine provele autorice Vuletić i Stapić pokazuju da nema statistički značajne razlike u zadovoljstvu životom s obzirom na spol (t -test = 1,001; $df = 117$; $p > 0,05$). Navedeni su rezultati ukkladni objašnjenjima Szinovacza, Ekerdta i Vinicka (1992), koji napominju da umirovljenje nije kritični događaj ni za muškarce ni za žene, već

proces koji i jednima i drugima donosi niz pozitivnih i negativnih promjena. Stoga su dobiveni rezultati očekivani jer je zadovoljstvo životom kognitivna procjena života kod koje osoba evaluira život u skladu s osobnim kriterijima. Kriteriji koje primjenjuje jedna osoba ne moraju biti isti ili od iste važnosti nekoj drugoj osobi. Razlike između muškarca i žena u zadovoljstvu pojedinim domenama života pokazale su se statistički neznačajnima. Neka istraživanja na općoj odrasloj populaciji upućuju na postojanje razlika po spolu, a objašnjenje takvih razlika u zadovoljstvu argumentiraju time da brojna istraživanja potvrđuju značajne spolne razlike u osjetljivosti na negativna iskustva i emocije, s tim da je osjetljivost izraženija kod žena. Drugo objašnjenje može se pronaći u tome da su muškarci potaknuti vlastitom rodnom ulogom manje voljni priznati neki oblik poteškoća ili patnje nego žene (28).

Što se tiče pojavnosti depresivnosti, bez znakova depresivnosti 82 (56,2 %) su ispitanika, a 64 (43,8 %) ispitanika imaju blagu depresivnost. Od 85 (58 %) žena, značajno je više onih koje pokazuju blagu depresivnost, njih 46 (72 %), dok su muškarci značajno češće bez znakova depresivnosti (χ^2 test, $P = 0,003$). Stariji ispitanici značajno češće pokazuju blagu depresivnost (χ^2 test, $P = 0,04$). Ispitanici koji žive s najmanje jednim članom obitelji značajno su manje depresivni u odnosu na ispitanike koji žive sami (χ^2 test, $P = 0,03$).

Rezultatima istraživanja koje je proveo Obiteljski centar Varaždinske županije tijekom prosinca 2013. godine potvrđeno je da depresija predstavlja bitan problem psihičkog zdravlja osoba starije životne dobi. To je najčešći psihički poremećaj u navedenoj dobnoj skupini. Udio osoba oboljelih od depresije u starijoj populaciji, prema rezultatima u kojima su u uporabi tzv. ljestvice depresije, kreće se od 9 do 27%. Najveći je udio depresivnih osoba u ustanovama za starije i nemoćne osobe, od 20% do 50% (29).

Što se tiče povezanosti dobi s kvalitetom života, potvrđeno je da stariji ispitanici imaju značajno manju ocjenu kvalitete života (Spearmanov koeficijent korelacije $\rho = -0,347$ $P < 0,001$) u odnosu na mlađe ispitanike te da su značajnije više depresivni (Spearmanov koeficijent korelacije, $\rho = 0,297$ $P < 0,001$). Ako ispitanik živi s više članova u kućanstvu, svoju kvalitetu života značajnije je ocijenio boljom u odnosu na one koji žive sami ili s još nekim (Spearmanov koeficijent korelacije, $\rho = 0,644$ $P < 0,001$).

Starije osobe koje žive same statistički se značajno razlikuju u doživljaju usamljenosti od starijih osoba koje žive samo sa supružnikom i starijih osoba koje žive sa supružnikom i

ostalim članovima obitelji. Također je ispitan odnos usamljenosti i kvalitete života osoba starije životne dobi te se pokazalo da postoji statistički značajna negativna korelacija između usamljenosti i kvalitete života (28).

Istraživanja pokazuju kako među socijalno isključenima ima nešto više muškaraca, a više od polovice jesu starije osobe koje žive samački život ili samo s još jednom starijom osobom. Isto istraživanje spominje kako su oni koji žive ili su proveli veći dio života na selu ili u manjim gradovima skloniji češćem riziku od siromaštva (30).

Druga istraživanja govore kako su socijalne mreže i veće sudjelovanje u društvenim aktivnostima povezani s manjim rizikom kognitivnog propadanja starijih osoba. Prethodna istraživanja pokazala su da socijalne mreže mogu pomoći u očuvanju kognitivnih funkcija koje zaštićuju starije osobe od depresije i negativnih učinaka stresa. Istraživanje koje je obuhvatilo 469 nedementnih ispitanika treće životne dobi pokazalo je da sudjelovanje u kognitivno poticajnim aktivnostima u slobodno vrijeme zaštićuje od razvoja demencije. Osim društvenih mreža i aktivnosti, brak može zaštititi kognitivne funkcije. S druge pak strane, unatoč društvenoj strukturi gdje starije osobe često žive sa svojom djecom i gdje su socijalne interakcije usmjerene prema obitelji, podatci iz Tajvana pokazuju da sudjelovanje u društvenim aktivnostima izvan obitelji može imati veći utjecaj na održavanje kognitivnih funkcija od socijalnih kontakata s obitelji ili onima koji su rođaci (31).

Da bi socijalna potpora pridonijela dobrobiti, stariji ljudi trebaju nad njom imati osobnu kontrolu. Također, kada se intervenira u život starijih ljudi, mora se zapitati kakvu se vrstu pomoći daje. Pomoć koja oslobađa energiju za pothvate koji su osobno zadovoljavajući i koji dovode do rasta povećava kvalitetu života starijih. I društvo, ali i zdravstveni djelatnici moraju raditi na tome da omogućuju ljudima uživati u svojoj starosti, a ne im samo pomagati da ju dožive.

7. ZAKLJUČAK

Nakon provedenog istraživanja možemo zaključiti:

Osobe treće životne dobi uglavnom su zadovoljne kvalitetom života i životnim zadovoljstvom. Većina ispitanika ne pokazuje znakove depresivnosti.

Postoji značajna razlika u ocjeni kvalitete života u odnosu na dob. Stariji ispitanici su kvalitetu života ocijenili lošijom u odnosu na mlađe ispitanike. Ne postoji značajna razlika u odnosu na spol.

Postoji značajna razlika u pojavnosti depresivnosti u odnosu na dob i spol. Značajno je više žena koje pokazuju blage znakove depresivnosti. Stariji ispitanici češće pokazuju blage znakove depresivnosti u odnosu na mlađe ispitanike.

Postoji značajna razlika prema broju članova obitelji. Ispitanici koji žive sami ocjenjuju kvalitetu života i životnog zadovoljstva lošijom te su značajnije više depresivni u odnosu na ispitanike koji žive sa najmanje jednim članom obitelji.

8. SAŽETAK

Ciljevi istraživanja: Ciljevi su ovoga rada ispitati pojavnost i razinu depresivnosti te kvalitetu života i životnog zadovoljstva, ispitati postoji li razlika s obzirom na to žive li sami ili s najmanje jednim članom obitelji, te postoji li razlika s obzirom na spol i dob.

Ustroj studije: Provedena je presječna studija tijekom srpnja i kolovoza 2017. godine.

Materijal i metode: U istraživanju je sudjelovalo ukupno 146 ispitanika starijih od 65 godina koji žive na području grada Osijeka te su korisnici Patronažne službe Osijek. Upotrijebljen je anonimni upitnik, Gerijatrijska skala depresije te Upitnik o kvaliteti života i životnog zadovoljstva, za čiju je uporabu dobivena suglasnost autora.

Rezultati: Od ukupnog broja ispitanika, kod 56,2% ne pojavljuje se depresivnost. Značajno je više žena kod kojih je utvrđena blaga depresivnost, dok se kod muškaraca znatno rjeđe pojavljuje ($p=0,03$). Stariji ispitanici su značajno više depresivni ($p=0,297$ $P<0,001$). Ispitanici koji žive sa jednim ili više članova obitelji značajno su manje depresivni u odnosu na one koji žive sami. Najviše ispitanika (44,5%) zadovoljno je svojim životom. Nema značajne razlike u odnosu na spol. Stariji ispitanici ocjenjuju lošijom kvalitetu života, kao i ispitanici koji žive sami.

Zaključak: Rezultati ovog istraživanja pokazuju da su osobe treće životne dobi uglavnom zadovoljne svojim životom. Postoji značajna razlika u kvaliteti života u odnosu na dob. Kod pojavnosti depresivnosti postoje razlike u odnosu na spol i dob. Značajne razlike postoje i u broju članova kućanstva.

Ključne riječi: depresivnost, kvaliteta života, samački način života, zadovoljstvo životom

9. SUMMARY

Goals of research: The goals of this research are to examine the manifestation and level of depression and to test the quality of life and life contentment, to examine if there is a difference between living alone or with family members and is there a difference according to gender and age.

Structure of research: A cross-sectional study has been conducted in July and August 2017.

Materials and methods: This research has been conducted among 146 examinees older than 65 who live in the city of Osijek and who are users of Community health center of Osijek. An anonymous questionnaire, the Geriatric depression scale and the Survey about the quality of life and life contentment have been used in this research with the author's permission.

Results: From the total number of examinees, 56.2% of them did not show any sign of depression. There are more mildly depressed women than men ($p=0,03$). Older examinees are more depressed than the younger ones ($p=0,297$ $P<0,001$). Examinees that live with family members are less depressed than the ones living alone. The most examinees (44.5%) are content with their lives. There is no difference according to gender. Older examinees, as well as examinees living alone, estimate their quality of life to be lower than the younger examinees and those living with family members.

Conclusion: Results of this research have shown that the elderly are mostly content with their lives and that there are differences in manifestations of depression according to gender and age, as well as living alone or with family members.

Key words: depression, quality of life, living alone, life contentment

10. LITERATURA (REFERENCIJE)

1. Sherry LW, Warner SK. Psihologija odrasle dobi i starenja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2000.
2. Bouillet, D. (2003). Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. *Revija za socijalnu politiku*, 10(3):321-333.
3. Mesec, B. (2000). Stariji ljudi u Sloveniji. *Revija za socijalnu politiku*, 7(1):43-51.
4. Poredoš D. Prilagodba na samački život kod osoba starije životne dobi. Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu skrb. Zagreb: 2002.
5. Ovsenik R, Vidić D. Odnos starijih osoba prema slobodnom vremenu. *Media, culture and public relations*. 2013; 4: 55-60.
6. Martinis T. Percepcija kvalitete života u funkciji dobi. Sveučilište u Zagrebu. 2005.
7. Leutar, Z., Štambuk, A., Rusac, S. (2007). Socijalna politika i kvaliteta života starijih osoba s tjelesnim invaliditetom. *Revija za socijalnu politiku*, 14(3-4):327-346.
8. Hagberg (2002). The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people. Retrieved July 12, 2007, from the National Center for Biotechnology Information. Dostupno na stranici: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
9. Hašpl Jurišić, H. (2007). Aktivno starenje umirovljenika. Disertacija. Zagreb: Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada.
10. Porter, J. E. (2005). A phenomenological perspective on older widows satisfaction with their lives. *Research on Aging*, 27(1):80-115.
11. Yang, Y. et al. (2004). The role of social engagement in life satisfactions: It's significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 9(23):266-278.
12. Schaie Warner K, Willi S. Psihologija odrasle dobi i starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2001.
13. European Commission (2006). The social situation in the European Union 2005-2006: The Balance between generations in an ageing Europe. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Eurostat.

14. AGE – the European Older People’s Platform (2007). Bruxelles: AGE/inc Project: give a voice to older people in poverty and social exclusion.
15. Larsson, K. The social situation of older people (Chapter 8). *International Journal of Social Welfare*. 2007;16:203-218.
16. Bežovan, G. Caring for children and old people. A comparison of European policies and practices (Tine Rostgaard. Torben Fridberg The Danish National Institute of Social Research. 1998.). *Revija za socijalnu politiku*. 2000;7(2):212-215.
17. Berk EL. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
18. House A, House V. *Age UK-Loneliness and Isolation Evidence Review. Improving laterlife*.
19. Šućur Z. Siromaštvo, višedimenzionalna deprivacija i socijalna isključenost u Hrvatskoj. *Revija za sociologiju*. 2006;3-4: 131-147.
20. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. *Global Burden of Disease Study. Lancet* 1997;349:1498-1504.
21. Maj M, Sartorius N. *Depressive Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, 1999.
22. WHO, World Health Organization ICD 10 Chapter V (F) Mental and behavioral disorders, clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.
23. Somatic symptoms for predicting depression: one-year follow-up study in annual health examinations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60:219-25.
24. Marušić M. i sur. *Uvod u znanstveni rad u medicini*. 4. Izd. Udžbenik. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
25. Ivanković D. i sur. *Osnove statističke analize za medicinare*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1988.
26. Budimir, A. Učestalost depresije u starijoj životnoj dobi na području grada Dubrovnika. *Sestrinski glasnik*, Vol.21 No.2, Srpanj 2016.
27. Seligman, M.E.P. (2008). Positive health. *Applied psychology: An international review*, 57(Suppl.), 3-18.

28. Vuletić, G. Stapić, M. Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologa*, Vol.6 No.1-2, prosinac 2013.
29. Obiteljski centar Varaždinske županije. Depresija u starijoj životnoj dobi. Dostupno na stranici: <http://www.ocvz.hr/index.php/edukacijaa/443->
30. Šućur Z. Siromaštvo, višedimenzionalna deprivacija i socijalna isključenost u Hrvatskoj. *Revija za sociologiju*. 2006;3-4: 131-147.
31. Gleit D, Lanolan D, Goldman N, Chuang Y, Rodriguez G, Weinstein. Participating in social activities helps preserve cognitive function: an analysis of a longitudinal, population-based study of the elderly. *International Journal of Epidemiology*. 2005; 34: 864-871.

11. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci

Ime i prezime: Sara Tačković

Datum i mjesto rođenja: 7. listopada 1991., Rijeka

Adresa prebivališta: Šandora Petefija 200, Osijek

e-pošta: sara.tackovic@gmail.com

Obrazovanje

2006. - 2010. Medicinska škola Osijek, smjer: medicinska sestra

2010. - 2013. Medicinski fakultet Osijek, Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

2014.-2017. Medicinski fakultet Osijek, Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo

Zaposlenje

svibanj 2014. - svibanj 2015. prvostupnica sestrinstva - pripravnica u Kliničkom bolničkom centru Osijek.

siječanj 2016. - danas - patronažna sestra u Domu zdravlja Osijek

12. PRILOZI

IZJAVA I DOKUMENT O PRISTANKU I SUGLASNOSTI OBAVIJEŠTENOG ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Pročitao/la sam ovu obavijest o istraživanju, u svojstvu ispitanika, u svezi sa sudjelovanjem u istraživanju „Utjecaj samačkog načina života na pojavnost depresivnosti te kvalitetu života i životnog zadovoljstva u osoba treće životne dobi“ koje provodi Sara Tačković, studentica 2. godine sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.

Dobio/la sam objašnjenja te mi je dana mogućnost postavljanja pitanja vezanih uz istraživanje. Na pitanja mi je odgovoreno jezikom koji mi je bio razumljiv. Objašnjene su mi svrha i korist istraživanja. Razumijem kako će podatci o mojoj procjeni bez mojih osobnih podataka biti dostupni voditelju istraživanja, Etičkom povjerenstvu Doma zdravlja Osijek kako bi se analizirali, provjeravali ili umnožavali podatci koji su važni za procjenu rezultata u istraživanju. Razumijem kako se u bilo kojem trenutku mogu povući iz istraživanja, bez ikakvih posljedica, čak i bez obrazloženja moje odluke o povlačenju.

Potpisom ovoga obrasca potvrđujem da sam u potpunosti upoznat/a s detaljima istraživanja te da pristajem sudjelovati u istraživanju.

ISPITANIK (ime i prezime): _____

POTPIS: _____ DATUM: _____

ISTRAŽIVAČICA: Sara Tačković, studentica 2. godine sveučilišnog diplomskog studija Sestrinstvo pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku

ANKETNI UPITNIK

1. Spol: a) M b) Ž

2. Vaša životna dob (u godinama): _____

3. Razina obrazovanja:

- a) osnovna škola
- b) NSS
- c) SSS
- d) VŠS
- e) VSS
- f) magisterij/doktorat

3. Vaš bračni status:

- a) oženjen/udana
- b) udovac/udovica
- c) razveden/razvedena
- d) izvanbračna zajednica
- e) samac/samica

4. Živite (možete zaokružiti više odgovora):

- a) sam/sama
- b) s bračnim partnerom
- c) s roditeljem/ima
- d) s djetetom/djecom
- e) s unukom/unucima
- f) ostalo _____

5. Broj članova kućanstva (osim Vas) _____

Molim, odaberite odgovor koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u proteklih tjedan dana:

6. Jeste li bili zadovoljni svojim životom? DA / NE

7. Jeste li smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja?

8. Jeste li osjećali kako je Vaš život neispunjen? DA / NE
9. Jeste li se često dosađivali? DA / NE
10. Jeste li bili dobro raspoloženi većinu vremena? DA / NE
11. Jeste li se bojali da će Vam se nešto loše dogoditi? DA / NE
12. Jeste li bili sretni većinu vremena? DA / NE
13. Jeste li se često osjećali bespomoćno? DA / NE
14. Jeste li radije ostajali kući nego izašli van i bavili se raznim aktivnostima? DA / NE
15. Smatrate li da imate više problema s pamćenjem nego većina drugih ljudi? DA / NE
16. Smatrate li da je vam je život sada prekrasan? DA / NE
17. Jeste li se osjećali bezvrijedno? DA / NE
18. Jeste li se osjećali puni energije? DA / NE
19. Jeste li osjećali da ste u bezizlaznoj situaciji? DA / NE

Koliko ste u proteklih tjedan dana bili zadovoljni svojim		jako nezadovoljan	nezadovoljan	Niti nezadovoljan, niti zadovoljan	zadovoljan	jako zadovoljan
21.	tjelesnim zdravljem?	1	2	3	4	5
22.	raspoloženjem?	1	2	3	4	5
23.	kućanskim poslovima?	1	2	3	4	5
24.	društvenim odnosima?	1	2	3	4	5
25.	obiteljskim odnosima?	1	2	3	4	5
26.	slobodnim aktivnostima?	1	2	3	4	5
27.	sposobnostima svakodnevnog funkcioniranja?	1	2	3	4	5
28.	seksualnim životom?	1	2	3	4	5
29.	financijskim stanjem?	1	2	3	4	5
30.	stambenim pitanjem?	1	2	3	4	5
31.	sposobnostima kretanja bez vrtoglavice, nestabilnog hoda ili padanja?	1	2	3	4	5

32.	sposobnostima obavljanja svakodnevnih poslova ili bavljenja hobijima?	1	2	3	4	5
33.	osjećajem općeg stanja?	1	2	3	4	5
34.	lijekovima? Ako ih ne uzimate, naznačite ovdje _____	1	2	3	4	5
35.	Kako biste ocijenili Vaše sveukupno zadovoljstvo životom u proteklih tjedan dana?	1	2	3	4	5

DOPUŠTENJE AUTORA ZA UPOTREBU Q-LES-Q UPITNIKA

You have my permission to use the Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (either the Full or Short Form) in your research.

Jean Endicott

e-mail adresa: jean.endicott@nyspi.columbia.edu