Subjektivni aspekti kvalitete života kao čimbenici duljine života

Kroflin, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:111:134999

Rights / Prava: In copyright

Download date / Datum preuzimanja: **2021-04-01**

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
HRVATSKI STUDIJI
UNIVERSITY OF ZAGREB
CENTER FOR CROATIAN STUDIES

Repository / Repozitorij:

Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Ana Kroflin

SUBJEKTIVNI ASPEKTI KVALITETE ŽIVOTA KAO ČIMBENICI DULJINE ŽIVOTA

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

ANA KROFLIN

SUBJEKTIVNI ASPEKTI KVALITETE ŽIVOTA KAO ČIMBENICI DULJINE ŽIVOTA

DIPLOMSKI RAD

Mentorica: prof.dr.sc. Jasminka Despot Lučanin

Zagreb, 2020.

Subjektivni aspekti kvalitete života kao čimbenici duljine života

Sažetak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati doprinos sociodemografskih karakteristika, kvalitete života i odnosa s obitelji te subjektivnog funkcioniranja u objašnjenju duljine života u starosti te proučiti međusoban odnos tih varijabla. Istraživanje je provedeno na uzorku od 191 sudionika minimalne starosti od 85 godina - korisnika 13 zagrebačkih domova za starije i nemoćne. Sudionici su ispitani u razdoblju od 2007. do 2009. godine. Životni status i dob njihove smrti utvrđeni su 2018. godine. Pronađena je značajna pozitivna povezanost duljine života s kvalitetom života i brojem djece što bi značilo da su ispitanici koji su svoju kvalitetu života doživljavali boljom te koji su imali više djece, živjeli duže. Značajna povezanost također je nađena za spol i obrazovanje te kvalitetu života i odnosa s obitelji. Muškarci su u prosjeku bili obrazovaniji dok su osobe koje su odnose s obitelji procjenjivale boljima to reflektirale i na životnu kvalitetu. Dodatno je utvrđeno da ne postoji razlika između muškaraca i žena u duljini života, procjeni kvalitete života i odosa s obitelji te subjektivnog funkcioniranja. Regresijskom analizom dobiveno je kako broj djece značajno doprinosi duljini života ispitanika. Prediktorima se može objasniti 10,2% varijance duljine života. Nalazi upućuju na potrebu za daljnjim istraživanjima sociodemografskih karakteristika i subjektivnih aspekata kvalitete života kako bi se unaprijedila kvaliteta života, a samim time i duljina života, starijih osoba.

Ključne riječi: dugovječnost, kvaliteta života, odnos s obitelji, subjektivno funkcioniranje, sociodemografske karakteristike

Subjective aspects of quality of life as factors of life expectancy

Abstract

The aim of this study was to examine the contribution of sociodemographic characteristics, quality of life and relationships with family and subjective functioning in explaining life expectancy in old age and to study the relationship between these variables The sample consisted of 191 people with a minimum age of 85, residents of 13 Zagreb homes for the elderly and infirm. Participants were interviewed in the period from 2007 to 2009. Their life status and age of death was determined in 2018. A significant positive association was found between life expectancy and quality of life and the number of children, which means that respondents who rated their quality of life as better and who had more children lived longer. A significant association was also found for gender and education, as well as for quality of life and quality of family relationships. Men were on average more educated, and people who rated family relationships better, rated also their life quality better. In addition, no difference was found between men and women in life expectancy, assessment of quality of life and family relationships, and subjective functioning. Regression analysis showed that the number of children significantly contributes to the life expectancy of the respondents. Predictors explained 10.2% of life expectancy variance. The findings suggest the need for further research on the sociodemographic characteristics and subjective aspects of quality of life in order to improve the quality of life, and thus the life expectancy, of the older adults.

Keywords: longevity, quality of life, family relationship, subjective functioning, sociodemographic characteristics

Sadržaj

1. Uvod 2
1.1 Starenje kao globalni fenomen 2
1.2. Definiranje kvalitete života 4
1.3 Povezanost odnosa s obitelji i duljine života 5
1.4. Važnost subjektivnog funkcioniranja za duljinu života 6
1.5. Povezanost sociodemografskih karakteristika i duljine života 8
1.5.1. Spol 8
1.5.2. Bračni status 8
1.5.3. Roditeljstvo i broj djece 9
1.5.4. Obrazovanje 11
2. Ciljevi i problemi 13
2.1. Cilj istraživanja 13
2.2. Problemi istraživanja 13
3. Metoda 14
3.1. Sudionici 14
3.2. Instrument 15
3.3 Postupak 17
4. Rezultati 18
5. Rasprava 21
6. Zaključak 28
7. Literatura 29

1. **Uvod**

Prosječni životni vijek prije 200 godina u zapadnom svijetu iznosio je 39 godina, prije 100 godina 54 godine, dok danas, zahvaljujući napretku medicine i tehnologije, ljudi u razvijenim zemljama u prosjeku žive 79 godina (Our World in Data, 2019). Na svjetskoj razini, ta brojka se povećala s manje od 30 do preko 73 godine, što bi značilo da se u dva stoljeća prosječni životni vijek više nego dvostruko povećao - svake godine za 3 mjeseca više u zadnjih 100 godina. Do kraja stoljeća se može očekivati da će ljudi u prosjeku živjeti 100 godina (Our World in Data, 2019).

Zahvaljujući svom ekonomskom i tehnološkom rastu, danas u svijetu najduže žive stanovnici Japana s prosječnim očekivanim životnim vijekom za žene od 87 godina, dok za muškarce to iznosi 81 godinu s prosjekom za oba spola od 84 godine (The World Bank, 2017). Očekivani životni vijek je tokom vremena kontinuirano rastao, ali se pokazala i velika razlika između zemalja u zadnjih pola stoljeća. Kod ljudi koji žive u nerazvijenim zemljama, ne samo da im je očekivani životni vijek kraći, nego također većinu svog života provedu u lošijem zdravstvenom stanju od ljudi koji žive u razvijenim zemljama (Mathers i sur. 2004).

Ono što je najviše pridonijelo tako osjetnom produljenju života u zadnjih 100 godina je razvoj medicine i tehnologije koji su omogućili kvalitetniji život. Poboljšana zdravstvena i sanitarna zaštita, izum penicilina i cijepljenje, pristup čistoj tekućoj vodi i bolja prehrana, smanjen infantilni mortalitet zaslužni su za takvo veliko produženje ljudskog vijeka (Schaie i Willis, 2001).

Očekivana životna dob ili očekivano trajanje života prosječna je dob u kojoj se vjeruje da će ljudi umrijeti, ovisno o godini u kojoj su rođeni, trenutnoj dobi i drugim sociodemografskim karakteristikama (Schaie i Willis, 2001). Za razliku od očekivane duljine života koja se odnosi na čitavu populaciju, dugovječnost se može definirati kao izrazito dug život pojedine osobe. Dijelom je određena genetski, a dijelom može biti određena granicama našeg znanja o kompenziranju loših učinaka starenja (Schaie i Willis, 2001). Za potrebe ovog rada, dugovječnim će se smatrati osobe koje su doživjele 90 i više godina.

1.1 Starenje kao globalni fenomen

Budući da je poboljšana kvaliteta života pridonijela sve dužem životu ljudi, stanovništvo postaje sve starije. Starenje populacije je globalni fenomen - svaka država na svijetu doživljava porast u veličini i proporciji svog starog stanovništva. Zbog povećanja postotka starog

stanovništva, sve više istraživanja počelo se provoditi u raznim znanstvenim područjima poput biologije, medicine, sociologije, psihologije te se javila potreba da se rezultati tih istraživanja okupe u jedinstvenu znanstvenu disciplinu – gerontologiju. Gerontologija je interdisciplinarna znanost koja proučava biološke, psihičke i socijalne promjene u procesu starenja i starosti (Despot Lučanin, 2003).

Ujedinjeni narodi i većina istraživača koriste mjere i indikatore starenja stanovništva koji se uglavnom ili u potpunosti temelje na kronološkoj dobi ljudi koja se mjeri od godine rođenja, definirajući starije ljude kao osobe starije od 65 godina. To omogućava jednostavan, jasan i lako ponovljiv način za mjerenje i praćenje različitih pokazatelja starenja stanovništva (UN, 2019).

Europa i Azija kontinenti su s najstarijim svjetskim populacijama. Na vrhu je Japan s 28% osoba starijih od 65 godina, a slijedi ga Italija s 23%. Južna Europa, koja uključuje Hrvatsku, Grčku, Italiju, Maltu, Portugal, Srbiju, Sloveniju i Španjolsku, najstarija je regija na svijetu s 21% stanovništva starijeg od 65 godina (PRB, 020). Starenje Europe, fenomen poznat kao *sijedenje Europe,* je demografski fenomen karakteriziran padom fertiliteta, porastom stope smrtnosti te dužim životnim vijekom europskog stanovništva (Carone i Costello, 2006).

Hrvatska se već godinama nalazi na samom vrhu ljestvice zemalja s najvećim udjelom starog stanovništva. Točnije, prema UN-ovim procjenama (2019), Hrvatska se nalazi na osmom mjestu zemlja s najvećim postotkom starog stanovništva. Zadnje statistike (Eurostat, 2019) pokazuju kako taj udio iznosi 20,1%. To je stanje koje prati istovremene globalne trendove: smanjivanje udjela mladih uz istovremeno povećavanje udjela starog stanovništva (Nejašmić i Toskić, 2013). To bi u bližoj budućnosti mogao postati gospodarski problem budući da starenje stanovništva direktno utječe na smanjenje stupnja radne aktivnosti ukupnog stanovništva, odnosno povećava neravnotežu između umirovljenika i ekonomski aktivnog stanovništva što za posljedicu ima povećanje mirovinskih rashoda i izdataka za javno zdravstvo, a samim time i na daljnje povećanje javnih rashoda Prema tome, starenje stanovništva ima izrazito negativan utjecaj na demografski i gospodarski razvoj Republike Hrvatske (Mečev i Vudrag, 2012) stoga je potrebno poduzeti mjere kojima bi se osiguralo što uspješnije starenje kako bi starije osobe što dulje ostale aktivne u društvu.

Kategorija starih ljudi se može podijeliti na najmanje dva razdoblja, stare ljude do 75 godina i stare ljude od 75 i više godina, odnosno na „mlađe“ i „starije“ stare (Mesec, 2000; prema Laklija, Rusac i Žganec, 2008). Populacija „starijih“ starih najbrža je rastuća svjetska populacija, koja će se prema nekim projekcijama, na europskoj razini, do 2100. više nego

udvostručiti i iznositi 14,6% ukupnog stanovništva (Eurostat, 2019). Također, pojmovi „najstariji stari“, „veoma stari“ ili „četvrta dob“ se koriste za populaciju ljudi od 85 godina na dalje. Ova populacija je obično umirovljena (većina njih je u mirovini zadnjih 10 i više godina svog života), doživljavaju opći pad svojih fizičkih i mentalnih sposobnosti i zdravlja (što često rezultira na kraju boravkom u ustanovama koje im pružaju njegu i pomoć) i karakterizira ih razmišljanje o životu i priprema za završnu fazu svog života – smrt (Poon i Cohen-Mansfield 2011).

Može se izdvojiti još jedna skupina starijih starih, a to su osobe koje su doživjele 90 i više godina, odnosno koje su doživjele dugovječnost. U industrijaliziranim zemljama ljudi stari 90 i više godina čine najbrže rastuću podskupinu stanovništva. To izaziva zabrinutost jer u toj dobi dolazi posebno do povećanja kroničnih zdravstvenih stanja, funkcionalne invalidnosti, smanjenja sposobnosti održavanja svakodnevnih životnih navika, udovištva i većeg pritiska na zdravstvene i socijalne usluge (Bowling, 1990; Manton i Soldo, 1985; sve prema Hillerås, 2001).

Populacija osoba u dubokoj starosti posebno je zanimljiva za istraživanje jer je većina nadživjela mnoge svoje prijatelje, obitelj i rođake i vrlo su blizu umiranju. Moguće je da svi ti faktori mogu smanjiti kvalitetu života u starijoj dobi. Budući da populacija starijih od 85 godina ima posebno kompleksne zdravstvene i društvene potrebe, bitno ih je prepoznati kako bi se u skladu s time prilagodila i njihova njega i poboljšala kvaliteta života.

1.2. Definiranje kvalitete života

U literaturi o kvaliteti života postoje razne definicije i modeli o tome što je kvaliteta života i kako se ona mjeri te ne postoji samo jedna, opće prihvaćena definicija. Svjetska zdravstvena organizacija (WHOQOL Group, 1993) definira kvalitetu života kao percepciju osobe svog vlastitog života u kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojoj živi, u odnosu na svoje ciljeve, očekivanja i standarde. To je širok koncept na koji utječe čovjekovo fizičko zdravlje, psihološko stanje, osobna vjerovanja, socijalni odnosi te njihov odnos prema istaknutim obilježjima svoje okoline. Za Landesmana (1986) je kvaliteta života zbroj objektivno mjerljivih životnih uvjeta koje osoba doživljava. To može uključivati fizičko zdravlje, osobne okolnosti (bogatstvo, životni uvjeti, itd.), socijalne odnose, funkcionalne aktivnosti te šire društvene i ekonomske utjecaje dok se subjektivni odgovori na takve uvjete definiraju kao zadovoljstvo životom. Cummins (2000) također smatra da je kvaliteta života

multidimenzionalan koncept koji obuhvaća objektivnu i subjektivnu komponentu. Subjektivna komponenta kvalitete života ima sedam domena (životni standard, zdravlje, produktivnost, mogućnost ostvarivanja bliskih kontakata, sigurnost, pripadanje zajednici te osjećaj sigurnosti u budućnost) dok se objektivna komponenta odnosi na kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja. Slavuj (2012) tvrdi kako objektivni pokazatelji kvalitete života odražavaju objektivna stanja i promjene neovisno o osobnim evaluacijama, dok subjektivni pokazatelji naglašavaju individualnu percepciju i evaluaciju vanjskih uvjeta te pokazuju do koje su razine ispunjena subjektivna očekivanja. Nadalje, on smatra kako i objektivni i subjektivni pokazatelji imaju svoje prednosti i nedostatke, ali da su konceptualno komplementarni.

Istraživanje subjektivnih pokazatelja kvalitete života počelo je 1970-ih godina kada su neki istraživači počeli uviđati da široko definirani objektivni pokazatelji (poput BDP-a, stope nezaposlenosti, stope infantilnog mortaliteta, broj radnih sati na tjedan, itd.) ne mogu biti dostatni pokazatelji kvalitete života stanovnika neke države Subjektivni pokazatelji odražavaju osobnu percepciju kvalitete života te su omogućili definiranje ključnih dimenzija kvalitete života (Slavuj, 2012). Subjektivnost se, dakle, odnosi na činjenicu da se kvaliteta života može razumjeti samo iz perspektive pojedinca. Psiholozi kvalitetu života uglavnom definiraju kao subjektivno zadovoljstvo vlastitim životom te će se u ovom radu kvaliteta života smatrati upravo time kako bi se izbjegle moguće terminološke nejasnoće.

Problem cjelovitosti subjektivnih pokazatelja podrazumijeva zabrinutost da postoji nebrojeno velik broj mogućih čimbenika koji utječu na kvalitetu života te da je teško znati jesu li zaista obuhvaćeni svi čimbenici koncepta kvalitete života (Slavuj, 2012). Osobna obilježja kao što su spol, dob i socijalni status snažne su posredujuće varijable koje djeluju ne samo na uvjete života ljudi, već i na njihova očekivanja i vrijednosti, to jest na njihovo subjektivno viđenje onoga što čini dobru ili lošu kvalitetu života (Hughes, 1993; prema Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2006).

1.3 Povezanost odnosa s obitelji i duljine života

Istraživanja su pokazala kako je uključenost u visoko kvalitetne bliske odnose i osjećaj socijalne povezanosti s ljudima u svom životu povezan sa smanjenim rizikom od smrtnosti svih vrsta kao i smanjenim rizikom za obolijevanje od raznih bolesti (Holt-Lunstad, Smith i Layton, 2010; Shor i Roelfs, 2015; Shor, Roelfs i Yogev, 2013). Trenutni dokazi (Holt-Lunstad i sur., 2010; McPherson i Smith-Lovin, 2006; Putnam, 2000) ukazuju na to da se kvantiteta i/ili

kvaliteta socijalnih odnosa u razvijenim zemljama smanjuje. Trendovi pokazuju kako ima sve manje kućanstva u kojem živi više generacija, postoji veća socijalna mobilnost, sve kasnije sklapanje brakova, sve više obitelji u kojima oboje roditelja radi, povećan broj kućanstva sa samo jednom osobom te povećan broj bolesti koje se javljaju zbog godina, što sve ima utjecaj na smanjenje socijalnih veza Takvi nalazi sugeriraju da unatoč napretku tehnologije i globalizacije koji bi trebali doprinijeti njegovanju socijalnih odnosa, ljudi postaju sve više socijalno izolirani. Uzimajući u obzir ove trendove, postaje sve bitnije da se veza između socijalnih odnosa i smrtnosti razumije (Holt-Lunstad i sur., 2010). Stari ljudi su posebno skloni socijalnoj izolaciji budući da im se, kako stare, mijenja obiteljska struktura, djeca napuštaju obiteljske domove, supružnici i prijatelji im umiru te im se tako socijalni krug sve više smanjuje, a taj efekt je posebno izražen na populaciji ljudi iznad 85 godina za koje je vjerojatnije da su nadživjeli svoje bližnje.

Obiteljski odnosi imaju važnu ulogu u oblikovanju života osobe. Ti odnosi mogu postati bitnijima kako osobe stare, potreba za njegom se povećava, a socijalni odnosi u drugim područjima (poput odnosa na radnom mjestu) postaju manje važnim u njihovim životima (Milkie, Bierman i Schieman 2008). Članovi obitelji mogu si međusobno pomoći u regulaciji ponašanja, pružiti informacije o zdravim navikama ponašanja te dati potporu da međusobno usvoje ta ponašanja (Thomas, Liu i Umberson 2017). No također, stres u socijalnim odnosima može dovesti do ponašanja koja se javljaju kao mehanizmi suočavanja sa stresom, a koja ugrožavaju zdravlje (Ng i Jeffery, 2003). Stres koji se javlja kao posljedica napetosti u odnosima može rezultirati fiziološkim procesima koji oslabljuju imunološki sustav, utječu na kardiovaskularni sustav i povećavaju rizik za depresiju (Thomas i sur.2017) što sve kasnije može imati utjecaj na preostalu duljinu života pojedinca. Prema tome, jasno je da kvaliteta obiteljskih odnosa može imati znatne posljedice za duljinu života pojedinca.

1.4. Važnost subjektivnog funkcioniranja za duljinu života

Zdravlje je osnovni dio kvalitete života. Zdravi ljudi duže žive, a loše zdravlje može utjecati na opći napredak društva. Trajanje i kvaliteta života u velikoj mjeri mogu ovisiti o zdravstvenom ponašanju i stavovima. Iako je kvaliteta života u starosti povezana s tjelesnim zdravljem i funkcioniranjem, ne mora nužno ovisiti o zdravstvenim čimbenicima (Despot Lučanin, 1998). Otkrivanje čimbenika koji utječu na subjektivnu procjenu zdravlja važno je jer može pridonijeti boljem razumijevanju i boljim strategijama za poboljšanje zdravstvenog stanja pojedinca (Brajković, 2010).

Subjektivno zdravlje koje se može se definirati kao percepcija i evaluacija pojedinca vlastitog cjelokupnog zdravlja, jednostavan je i ekonomičan pokazatelj zdravstvenog stanja koji se obično mjeri na način da ispitanik sam procijeni svoje zdravstveno stanje na skali u rasponu od izvrsnog do lošeg ili da ga usporedi sa svojom vršnjacima. Kod subjektivnog zdravlja se uzimaju u obzir i ne-biološki čimbenici poput ličnosti osobe, motivacije, dostupnosti zdravstvene zaštite, mreže socijalne potpore, socioekonomskog statusa, individualnih i kulturnih vjerovanja i ponašanja, itd. Prethodna istraživanja su pokazala kako takve procjene zdravlja mogu predvidjeti smrtnost neovisno o objektivnim pokazateljima zdravstvenog statusa (Despot Lučanin, 1998). Benyamini i Idler (1999) vjeruju da je to zato što pojedinci, uz fizičko, uzimaju u obzir i svoje mentalno i emocionalno zdravlje te zato što imaju više informacija o svom prošlom i sadašnjem zdravstvenom statusu. Slično tome, Wolinsky i Johnson (1992) smatraju da je razlog tome to što osobe imaju sposobnost detektiranja vlastitog medicinskog stanja u predkliničkoj fazi kada se to stanje još ne može medicinski dijagnosticirati. Prema rezultatima mnogih istraživanja, pokazalo se kako osobe nižeg obrazovanja, neudane/neoženjene osobe, osobe s nižim primanjima i stariji ljudi procjenjuju svoje zdravlje lošijim i pokazuju veći rizik smrtnost (Despot Lučanin, 1998).

Uz subjektivno zdravlje, kao mjera pokazatelja subjektivne kvalitete življenja uzima se i funkcionalna sposobnost (Bowling, 1991, prema Despot Lučanin, Lučanin i Havelka, 2006). Pod pojmom funkcionalne sposobnosti podrazumijevaju se sposobnosti potrebne za normalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti koje su nužne za kvalitetan život, a uključuje biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje (Tomek-Roksandić i sur., 1999). Mjere funkcionalne sposobnosti obično se temelje na samoprocjeni pojedinca isto kao i samoprocjene zdravlja. S povećanjem životne dobi smanjuje se funkcionalna sposobnost, što je više naglašeno kod žena nego kod muškaraca (Parminder, Wong i Massfeller, 2004).

Sa starenjem i gubljenjem funkcionalnosti su povezani brojni socijalni rashodi – troškovi mirovinske, zdravstvene ili institucijske skrbi, što dovodi do većeg opterećenja za radno sposobno stanovništvo (Eurostat, 2019) te je zapravo u interesu država da kreiraju politike koje se fokusiraju na što duže i bolje zadržavanje funkcionalnih sposobnosti svog stanovništva kako bi što duže mogli aktivno sudjelovati u zajednici.

1.5. Povezanost sociodemografskih karakteristika i duljine života

1.5.1. Spol

Danas, gotovo svugdje u svijetu, žene žive dulje od muškaraca – ali to nije uvijek bio slučaj. Dostupni podaci iz razvijenih zemalja pokazuju da žene nisu živjele duže od muškaraca sve do 19. stoljeća kada su žene i muškarci živjeli otprilike jednako (Our World in Data, 2018).

Postoje mnoge teorije zašto žene žive duže. Prema biološkim teorijama žene imaju aktivniji imunološki sustav, ženski spolni hormoni poput estrogena štite žene na staničnom nivou, zbog duplog X kromosoma one su zaštićenije od genetskih bolesti i štetnih mutacija, kod žena postoji relativno niži postotak kardiovaskularnih bolesti i raka, i dr. (Austad, 2006). Socijalne i bihevioralne teorije govore o tome da su muškarci skloniji ima ponašanjima poput pušenja, konzumacije alkohola i zlouporabe opojnih sredstava što osim što direktno ugrožava zdravlje, dovodi i do češćih nesreća raznih vrsta, na njima je veći pritisak da budu uspješni zbog čega neuspjeh dovodi do veće stope samoubojstava, općenito su skloni odbijanju i/ili traženju pomoći i sl. (Waldron i Johnston, 1976). Ne zna se točno koliko je snažan relativni doprinos svakog od tih faktora jer je teško odvojiti genetske, hormonalne, bihevioralne i okolinske faktore. Paradoksalno, iako žene imaju manju stopu smrtnosti, one imaju višu stopu fizičkih bolesti, uzimaju više dana bolovanja, imaju više posjeta liječniku i dana provedenih u bolnici od muškaraca (Austad, 2006). Žene žive duže, ali to ne znači da tih dodatnih godina žive u dobrom zdravstvenom stanju (Crimmins, Zhang i Saito, 2016; UN 2019).

Budući da žene žive duže od muškaraca, to dovodi do toga da se populacija starih osoba pretežito sastoji od žena zbog čega dolazi do feminizacije starog stanovništva. Na globalnom nivou, žene trenutačno žive 4.8 godina duže od muškaraca, ali se očekuje da će se ovaj globalni jaz u spolu smanjiti u naredna tri desetljeća, pogotovo u razvijenim zemljama (UN, 2019).

1.5.2. Bračni status

Jedno od većih otkrića u demografskim istraživanjima je da je stopa smrtnosti pojedinaca u braku niža od osoba koje nisu u braku. Već je Farr 1858. (prema Lillard i Panis, 1996) godine zamijetio kako ljudi u braku žive duže od onih koji nikada nisu imali bračnog partnera. Razlika je nađena kako u razvijenim, tako i kod zemalja u razvoju, je potvrđena kod muškaraca i žena, ali je utvrđeno da je ta prednost veća za muškarce nego za žene (Lillard i Panis, 1996).

Predloženo je nekoliko mehanizama koji objašnjavaju zašto brak može imati zaštitni učinak. Potencijalno objašnjenje smanjene smrtnosti oženjenih/udanih osoba je to da brak poboljšava zdravstveno stanje, što zapravo smanjuje rizik od smrtnosti – odnosno smatra se kako brak može potaknuti zdrave navike i ponašanja te obeshrabriti rizična ili nezdrava ponašanja. Drugo objašnjenje sugerira da brak smanjuje stres i bolesti povezane sa stresom kroz opću i obiteljsku socijalnu integraciju (Kobrin i Hendershot, 1977; Pearlin i Johnson, 1977).

Neki smatraju da je za dulji život osoba u braku zaslužna njega u vrijeme bolesti i lošeg zdravlja koja se ostvaraju unutar tog braka. Razna medicinska istraživanja pokazala su smanjeni morbiditet, brži oporavak i niži stupanj smrtnosti nakon medicinskih problema kod osoba koje su bile u braku (Lillard i Panis, 1996).

Brak također može rezultirati većim materijalnim blagostanjem koje proizlazi iz ekonomije razmjera postignute kombiniranjem resursa i podjele zadataka uobičajenih u braku (Becker, 1981). To može dovesti do poboljšane prehrane i njegovanja u slučaju bolesti.

Rogers (1992) je svojim istraživanjem pokazao kako je funkcionalno stanje oženjenih muškaraca lošije nego udanih žena. Jedno od mogućih tumačenja je to da ženi tradicionalna uloga majke i domaćice u obitelji ne dopušta da bude nesposobna. Ako ženi u obitelji funkcionalna snaga oslabi, bitno je da se ona što brže oporavi kako bi preuzela nazad svoje „dužnosti“. Žene imaju više uloga od muškaraca u obitelji te si stoga muškarci dopuštaju da budu nesposobni ako žive sa svojim suprugama. Prema tome, različit broj istraživanja je pokazao kako muškarcima brak više pogoduje nego ženama. Upravo zbog tih tradicionalnih spolnih uloga i normi, žene pružaju puno više socijalne potpore nego što je primaju, odnosno, smatraju se prvenstveno zaduženim za davanje emocionalne i zdravstvene njege članovima svoje obitelji (Despot Lučanin, 2003).

1.5.3. Roditeljstvo i broj djece

Odrasli ljudi često odluče imati djecu zato što je to za njih krajnji izvor smisla. Primjerice, većina žena i muškaraca u jednom istraživanju je mislila da je postati roditeljem i podizati djecu najviše ispunjavajuće iskustvo koje žena/muškarac može doživjeti (Schaie, 2001). Gutman (1975) smatra kako roditeljstvo ima ulogu kontrole nad čitavim životnim vijekom. Prema tome, našu odraslu dob oblikuju odnosi s našom djecom na isti način kako se i naše djetinjstvo oblikovalo pomoću našeg odnosa s roditeljima (Schaie, 2001).

Razna istraživanja su pokazala kako roditelji, odnosno osobe koje imaju djecu, žive duže od ljudi bez djece (Doblhammer, 2000; Hurt, Ronsmans i Thomas, 2006), ali mehanizmi iza toga su manje jasni te nije poznato kako se ta povezanost mijenja tokom života, pogotovo u starijoj životnoj dobi. Umberson (1987) smatra kako brak i roditeljstvo smanjuju pojavu ponašanja koja su rizična za zdravlje, poput konzumiranja alkohola, vožnje u pijanom stanju, zlouporaba sredstava ovisnost te ostala rizična ponašanja. Barclay i Kolk (2019) također smatraju da su roditelji zdraviji te stoga dulje žive zbog toga što prisustvo djece potiče promjenu u njihovu načinu života, odnosno da roditelji usvajaju zdravije navike ponašanja.

Barclay i Kolk (2019) vjeruju da nije puko imanje djece i prisustvo djece bitno za produljenje životnog vijeka roditelja. Oni smatraju da ljudi koji odluče imati djecu u startu imaju prednost nad ljudima koji neće imati djecu. Naime, vjerojatnije je da će one osobe koji su zdrave, financijski stabilne i imaju visok stupanj obrazovanja prije privući partnera, a imaju i resurse za stvaranje veće obitelji - odnosno, veća je mogućnost da će ljudi koji imaju preduvjete za djecu, imati i preduvjete za dulji život.

Modig (2017) je pokazala kako su muškarci koji su imali djecu u dobi od 60 godina imali gotovo dvije godine više preostalog očekivanog životnog vijeka od onih bez djece, odnosno 20.2 nasuprot 18.4 godine. Sličan trend zabilježen je kod žena u dobi od 60 godina, s očekivanim preostalim životnim vijekom od 23.1 godine za žene bez djece i 24.6 godina za majke. Nadalje, u dobi od 80 godina, preostali očekivani životni vijek roditelja iznosio je 7.7 godina za muškarce i 9.5 godina za žene, u usporedbi sa 7 godina za muškarce bez djece i 8.9 godina za žene bez djece.

Rezultati pokazuju da prednosti imanja djece postaju izraženije s godinama - učinak koji je veći za muškarce nego žene (Modig, 2017). Također, Modig (2017) je sa suradnicima utvrdila da su djeca imala snažniji utjecaj na dugovječnost muškaraca koji nisu u braku, nego onih sa supružnicom. Istraživači sugeriraju da bi to moglo biti zato što su neoženjeni muškarci više ovisni o svojoj djeci zbog socijalne i emocionalne podrške nego muškarci koji su u braku, dodajući da su prethodna istraživanja pokazala da muškarci imaju više koristi od braka kada je riječ o preživljavanju nego žene – što je moguće objašnjenje zašto isti učinak nije nađen za žene.

Što se tiče povezanosti broja djece i duljine života, istraživanja su nesuglasna u tom području. Prema teoriji some za jednokratnu upotrebu (eng. *disposable soma theory*), postoji negativna korelacija između dugovječnosti i reprodukcije, odnosno rađanja djece, zato što dugovječnost zahtijeva ulaganje u tjelesno održavanje koje zatim smanjuje dostupne resurse za reprodukciju

(Westendorp i Kirkwood, 1998). Prema toj teoriji, rađanjem većeg broja djece ženi se smanjuje životni vijek zato što ograničene resurse koje ima troši na rađanje djece. Le Bourg (2007) kritizira i svojim istraživanjem odbacuje tu teoriju govoreći kako se u normalnim uvjetima fertiliteta dugovječnost ne smanjuje kako se broj djece povećava, ali da bi se smrtnost mogla malo povećati kada žena rodi 5 i više djece. Istraživanje provedeno na zajednici Aškenazi Židova je pokazalo kako su dugovječniji oni pojedinci koji su imali manje djece tokom života te oni koji su djecu odlučili imati kasnije u životu (Tabatabaie, 2011).

Barclay i Kolk (2019) su u svom istraživanju dobile kako se duljina života roditelja povećava do drugog djeteta, a nakon toga opet počinje opadati, iako ljudi s dvoje, troje ili četvero djece i dalje imaju smanjeni mortalitet u usporedbi s ljudima bez djece. Müller sa suradnicima (2002) je također dobio kako je povećana plodnost povezana s većim, a ne smanjenim životnim vijekom kod žena. Otkriveno je također da su žene koje su rodile kasnije tokom svog život živjele duže od onih koje su rodile u ranijim godinama.

1.5.4. Obrazovanje

Obrazovanje ima važnu ulogu u životima ljudi te je jedan od odlučujućih faktora u određivanju napretka tijekom života. Na temelju razine obrazovanja se može odrediti koji će posao pojedinac imati, a ljudi s ograničenim vještinama i kompetencijama, koje se najvećim dijelom stječu obrazovanjem, uglavnom su isključeni iz širokog raspona poslova te mogu propustiti priliku da ostvare ciljeve koji su cijenjeni unutar društva. Na taj način se povećava rizik siromaštva i socijalne isključenosti što bitno utječe na kvalitetu života te se upravo zbog toga obrazovanje uzima kao jedan od pokazatelja kvalitete života (Eurostat, 2019).

Razna istraživanja su pokazala kako ljudi niže razine obrazovanja umiru prije i imaju veću učestalost većine zdravstvenih problema od ljudi s većom razinom obrazovanja (Mackenbach, 2006; Hummer i Hernandez, 2013; Novak, 2016). Blackburn i Cipriani (2002) su otkrili da visokoobrazovani pojedinci imaju zdravije životne navike što zatim pozitivno utječe njihovu duljinu života. Obično imaju više znanja o važnosti rekreacije i zdravog života, kao i više novca i drugih uvjeta potrebnih za implementaciju tih ideja u njihov život. Studija Zhang i Zhang (2005) otkriva da povećanje dužine formalnog obrazovanja mladih pozitivno utječe na njihovu profesionalnu karijeru i poboljšava njihov životni standard, a time i očekivani životni vijek.

Lutz (2018) je u svom istraživanju koje je uključivalo podatke iz 174 zemlje svijeta također dobio kako su bogatstvo i obrazovanje povezani s duljim životom. No, veza između duljine

života i godina školovanja bila je veća i stabilnija tokom vremena, nego veza bogatstva i duljine života. Razlike u obrazovanju predviđaju razlike u očekivanom trajanju života, dok su promjene u bogatstvu bile jedva važne. Lutz (2018) tako smatra kako bolje obrazovanje vodi dužem životu. Kao razlog za to navodi da obrazovanje trajno poboljšava čovjekove kognitivne sposobnosti, omogućavajući bolje planiranje i samokontrolu tijekom ostatka života.

Prema svemu navedenome, može se zaključiti da zdravlje i samoprocjena zdravlja imaju direktnu povezanost s duljinom života dok indirektnu povezanost sa zdravljem i duljinom života imaju subjektivni aspekti kvalitete života te sociodemografske karakteristike osobe poput obrazovanja, bračnog statusa i roditeljstva. Ovim istraživanjem želi se istražiti odnos kvalitete života, kvalitete odnosa u obitelji i subjektivnog funkcioniranja te razlike u sociodemografskim obilježjima osoba starijih od 85 godina koje su korisnici domova za starije i nemoćne osobe u gradu Zagrebu s njihovom duljinom života. Svrha rada je pridonijeti znanstvenoj spoznaji o kvalitetnom starenju i čimbenicima dugovječnosti u Republici Hrvatskoj. Također valja napomenuti da nije puno istraživanja provedeno na starijim starima na našim prostorima već su istraživanja o kvaliteti i duljini života uglavnom uključivala sve ljude starije od 65 godina stoga ovo istraživanje može imati i posebnu teorijsku vrijednost o osobama koje su doživjele duboku starost.

2. Ciljevi i problemi

2.1. Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati doprinos sociodemografskih karakteristika – spola, obrazovanja, bračnog statusa i broja djece, subjektivne kvalitete života i odnosa s obitelji te samoprocjene subjektivnog funkcioniranja u objašnjenju duljine život zagrebačkih korisnika domova za starije i nemoćne osobe te analizirati njihov međusoban odnos.

S obzirom na navedeni cilj istraživanja te rezultate ranijih istraživanja, postavljeni su sljedeći problemi i pripadajuće hipoteze.

2.2. Problemi istraživanja

1. Ispitati razlike između muškaraca i žena u sociodemografskim karakteristikama, kvaliteti života, subjektivnom funkcioniranju i duljini života.

   H_1 – Žene će u prosjeku živjeti dulje od muškaraca, ali će kvalitetu života i subjektivno funkcioniranje procjenjivati lošijim

   H_2 – Žene će imati niži stupanj obrazovanja od muškaraca

2. Ispitati međusobnu povezanost sociodemografskih karakteristika (duljine života, stupnja obrazovanja, broja djece), samoprocjene kvalitete života, kvalitete odnosa u obitelji i samoprocjene subjektivnog funkcioniranja.

   H_3 – Više obrazovanje i više djece bit će pozitivno korelirani s duljinom života.

   H_4 – Bolja kvaliteta života, bolji odnos s obitelji i bolje subjektivno funkcioniranje bit će pozitivno korelirani s duljinom života.

3. Ispitati postoji li značajan doprinos sociodemografskih karakteristika, kvalitete života, samoprocjene subjektivnog funkcioniranja i kvalitete odnosa u obitelji u predviđanju duljine života starijih odraslih osoba.

   H_5 – Spol, obrazovanje i broj djece te kvaliteta života, odnosa u obitelji i subjektivnog funkcioniranja bit će značajni prediktori duljine života.

3. Metoda

Provedeno istraživanje dio je projekta „Zdravstvene, kulturne i biološke odrednice dugovječnosti: antropološka studija preživljenja u dubokoj starosti – HECUBA“ koji je proveo Institut za antropologiju u suradnji s Centrom za gerontologiju Grada Zagreba (voditeljica: prof. dr. sc. Tatjana Škarić Jurić; projekt IP-01-2018-2497 financira Hrvatska zaklada za znanost). Cilj projekta je temeljno istražiti utjecaj bioloških, zdravstvenih, socioekonomskih, psiholoških čimbenika te čimbenika kulture na dinamiku procesa starenja i duljine života vrlo starih osoba.

3.1. Sudionici

U projektu je sudjelovalo 345 korisnika iz 13 domova za starije i nemoćne osobe grada Zagreba minimalne starosti života od 85 godina. Budući da je projekt longitudinalna studija, u ovom istraživanju su uzeti u obzir samo podaci onih sudionika koji su u prvom mjerenju 2008. godine potpuno odgovorili na sva pitanja bitna za trenutno istraživanje u istraživačkom upitniku te koji su do drugog mjerenja preminuli, a njih je bilo ukupno 191, od kojih je bilo 140 (73.3%) žena i 51 (26.7%) muškarac. Dob sudionika u trenutku provođenja istraživanja kretala se od 84.90 do 102.67 godina. Prosječna dob iznosila je 91.99 godine (*SD* = 3.76), za žene je to bilo 91.93 godina (*SD* = 3.81), a za muškarce 92.4 godine (*SD* = 3.62). Sudionici su većinom bili udovci/udovice (82.7%) i to je bilo češće za žene, dok je puno veći postotak muškaraca još uvijek bio u braku (29,4%), nasuprot žena koje su bile u braku (11,0%). Najviše sudionika imalo je po dvoje djece (49.2%) i osnovnoškolsko obrazovanje (51.3%). Radi se o prigodnom uzorku sudionika koji su dobrovoljno pristali na istraživanje. Ostala obilježja sociodemografskih karakteristika su prikazana u *Tablici 1*.

Tablica 1. *Sociodemografska obilježja sudionika podijeljena po spolu (N=191)*

		muškarci		žene		ukupno	
		f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Bračni status							
	neoženjen/neudana	0	0.0	2	1.4	2	1.0
	oženjen/udana	15	29.4	6	4.3	21	11.0
	rastavljen/rastavljena	3	5.9	7	5.0	10	5.2
	udovac/udovica	33	64.7	125	89.3	158	82.7
Roditeljstvo							
	nema djecu	0	0.0	2	1.4	2	1.0
	ima djecu	51	100.0	138	98.6	189	99.0
Broj djece							
	0	0	0.0	2	1.4	2	1.0
	1	13	25.5	47	33.6	60	31.4
	2	31	60.8	63	45.0	94	49.2
	3	5	9.8	16	11.4	21	11.0
	4	1	2.0	9	6.4	10	5.2
	5+	1	2.0	3	2.1	4	2.0
	prosjek	1.94		1.96		1.95	
Obrazovanje							
	završena i nezavršena OŠ	19	37.3	79	62.2	98	51.3
	završena i nezavršena SŠ	12	23.5	33	26.0	45	23.6
	VŠS i VSS	16	31.4	15	11.8	31	16.2

3.2. Instrument

Korišten je Upitnik za osobe duboke starosti koji su u sklopu projekta osmislili i izradili članovi istraživačkog tima projekta HECUBA. Upitnik je uključivao pitanja vezana uz sociodemografski status, kvalitetu odnosa u obitelji, objektivno i subjektivno zdravlje te kvalitetu života uz ostala pitanja koja su nevezana za trenutno istraživanje.

Sociodemografski podaci sadržavali su pitanja o dobi i spolu, sadašnjem bračnom stanju (1 – neoženjen/ neudana, 2 – živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, 3 – rastavljen/rastavljena, 4 – udovac/udovica). Pitanja o roditeljstvu bila su imaju li djecu (1 – nemaju djecu, 2 – imaju djecu) i koliko djece imaju. Varijabla „*Broj djece"* dobivena je tako da su zbrojene 3 varijable – „*Broj djece"*, *„Broj posvojene djece"* te *„Broj pastorčadi"*. Razina obrazovanja mjerila se

intervalnom skalom gdje su ispitanici upisivali koliko završenih godina određene škole imaju (osnovna škola, srednja škola, viša škola, fakultet/akademija). Ti podaci su rekodirani tako da je 1 označavao završenu i nezavršenu osnovnu školu, 2 završenu i nezavršenu srednju školu, a brojem 3 se označavala završena viša i visoka stručna sprema.

Varijabla „*Kvaliteta odnosa s obitelji"* mjerila se pomoću tri pojedinačna pitanja: „*Kakvi su vaši odnosi s ukućanima?", „Kakvi su vaši odnosi s djecom?*" i *„Kakvi su vaši odnosi s unucima?"*. Mogući odgovori bili su: 1 – dobri, 2 – loši, 3 – ne kontaktira. Te vrijednosti su obrnuto rekodirane kako bi logički bile usklađene s ostalim varijablama te je 1 označavao da sudionik ne kontaktira sa svojom obitelji, 2 da ima loše odnose sa obitelji te 3 da su odnosi dobri. Tri čestice su zbrojene, a raspon bodova kretao od 3 do 9. U svrhu pojedinih analiza podataka, vrijednosti od 3 do 5 su rekodirane u 1 što je označavalo da sudionik ne kontaktira sa svojom obitelji, 6-7 se rekodiralo u 2 i označavalo je loše odnose, dok su 8 i 9 rekodirani u 3 označavali dobre odnose.

Subjektivno funkcioniranje mjereno je dvjema subskalama. Subskalu „*Subjektivno zdravlje"* su činile čestice „*Općenito, procijenite vaše sadašnje zdravlje*" i *„Kako procjenjujete svoje zdravlje u usporedbi sa zdravljem drugih ljudi vaše dobi?"*. Mogući odgovori na prvoj čestici bili su *a)* odlično*; b)* vrlo dobro*; c)* dobro*; d)* zadovoljavajuće i *e)* loše (odgovori *a* i *b* rekodirani su u 3 – odlično, *c* i *d* u 2 – zadovoljavajuće, a *e* je činio 1 – loše), dok su na drugoj čestici mogući odgovori bili *a)* bolje je; *b)* jednako je dobro; *c)* ne znam i *d)* lošije je (*a* je rekodiran u 3 – odlično, *b* u 2 – zadovoljavajuće, *d* u 1 – loše, a *c* odgovori su činili missing vrijednosti). Te dvije čestice su zbrojene, a novi raspon vrijednosti subskale *„Subjektivno zdravlje"* bio je od 2 do 6 (2 je označavao loše zdravlje, 3 i 4 – zadovoljavajuće zdravlje, a 5 i 6 – odlično zdravlje). Subskalu „*Subjektivne neovisnosti"* su tvorile čestice *„Općenito, procijenite sadašnju Vašu pokretljivost"* te *„Općenito, procijenite sadašnju Vašu samostalnost"*. Sudionici su mogli birati između 5 ponuđenih odgovora: *a)* odlična; *b)* vrlo dobra; *c)* dobra*; d)* zadovoljavajuća; *e)* loša, koji su rekodirani na način da je su *a* i *b* označavali 3 – odličnu pokretljivost/samostalnost, *c* i *d* su činili 2 – zadovoljavajuću pokretljivost/samostalnost, a *e* je označavao 1 ili lošu pokretljivost/ samostalnost.. Dvije su čestice zbrojene, a raspon rezultat subskale *„Subjektivne neovisnosti"* kretao se od 2 do 6 (2 je označavao lošu neovisnost, 3 i 4 dobru neovisnost, a 5 i 6 su označavali odličnu neovisnost). Konačna skala „Subjektivno funkcioniranje" imala je raspon od 4 do 12 bodova pri čemu je viši rezultat označavao bolje subjektivno funkcioniranje.

Kvaliteta života procjenjivala se pitanjima „*Koliko ste bili zadovoljni kvalitetom dosadašnjeg življenja*“ i „*Koliko ste zadovoljni kvalitetom sadašnjeg življenja (od kada imate 85 i više godina)*“. Za oba pitanja bilo je ponuđeno 6 mogućih odgovora (*a* – nimalo zadovoljan, *b* – malo zadovoljan, *c* – srednje zadovoljan, *d* – uglavnom zadovoljan, *e* – zadovoljan, *f* – potpuno zadovoljan). Ti su odgovori zatim rekodirani tako da su dobivene skale s 3 stupnja: *a* i *b* su činili 1 – nezadovoljan kvalitetom života, *c* i *d* su rekodirani u 2 – umjereno zadovoljan, a *e* i *f* u 3 – zadovoljan kvalitetom života. Nadalje, dvije su čestice zbrojene tako da su činile jednu varijablu – „*Kvaliteta života“*. Ukupan rezultat na skali izražava se kao zbroj odgovora na dvjema česticama, a raspon rezultat iznosio je od 2 do 6 pri čemu viši rezultat ukazuje na veće zadovoljstvo kvalitetom života, odnosno bolju kvalitetu života.

Glavna zavisna varijabla ovog istraživanja – duljina života – utvrđena je temeljem pregleda Registra umrlih Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo gdje su evidentirani svi datumi i godine smrti sudionika. Brojem 1 su se označavali svi sudionici koji su do početka druge faze istraživanja, 2018. godine, preminuli, a brojem 2 su se označavali sudionici koji su tada još uvijek tada bili živući.

3.3 Postupak

Ovo istraživanje dio je šireg projekta koji su proveli članovi istraživačkog tima HECUBA. Projekt je imao dva dijela. Prvi dio projekta koji se provodio u razdoblju od 2007. do 2009. se sastojao od intervjuiranja sudionika dok su se u drugom dijelu istraživanja provedenom 2018. godine prikupljali podaci o životom statusu sudionika. Nakon što su dobivena potrebna dopuštenja, provedeno je terensko istraživanje u 13 domova za starije i nemoćne osobe Grada Zagreba. Sudionici su bili obaviješteni o dolasku istraživača koji su im dali objašnjenje o svrsi istraživanja, rečeno im je da im je anonimnost osigurana, te su dobrovoljno mogli odlučiti žele li pristati sudjelovati u tom istraživanju. Nakon toga su potpisali informirani pristanak. Članovi tima HECUBA zatim su strukturiranim intervjuom individualno primijenili istraživački upitnik na svakom sudioniku te su, između ostalog, prikupili podatke o sociodemografskim obilježjima sudionika, obiteljskom stanju i odnosima, samoprocjeni zdravlja i funkcioniranja i kvaliteti života.

Kako bi se u drugom koraku istraživanja provedenom 2018. godine došlo do podataka o životnom statusu odnosno o datumu smrti preminulih osoba iz početnog uzorka, surađivalo se s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo koji vodi Registar umrlih i koje je omogućio nalaženje tih podataka.

4. Rezultati

Za obradu su, uz osnovnu deskriptivnu statistiku, korišteni t-test, Levenov test homogenosti varijanca, Shapiro-Wilk test normalnosti te korelacijske i regresijske analize. T-test je korišten kako bi se testirala razlika između dvije aritmetičke sredine, odnosno kako bi se utvrdilo postoji li razlika u duljini i kvaliteti života, kvaliteti odnosa s obitelji te subjektivnog funkcioniranja između muškaraca i žena. Provedena je multipla regresijska analiza kako bi se provjerio doprinos svih varijabli u objašnjenju duljine života.

Tablica 2. *Deskriptivni podaci o varijablama: kvaliteta života, kvaliteta odnosa u obitelji te procjena subjektivnog funkcioniranja (N = 191)*

	M	*SD*	*min*	*max*
Kvaliteta života	4.57	1.052	2	6
Kvaliteta odnosa s obitelji	2.90	0.364	1	3
Subjektivno funkcioniranje	9.25	1.727	4	12
Samoprocjena zdravlja	4.72	0.913	2	6
Samoprocjena neovisnosti	4.35	1.187	2	6

U *Tablici 2.* prikazani su deskriptivni podaci za varijable kvalitete života, kvalitete odnosa s obitelji te procjene subjektivnog funkcioniranja koje čine dvije subskale, samoprocjena zdravlja i samoprocjena neovisnosti. Sudionici u prosjeku procjenjuju da su umjereno zadovoljni svojom kvalitetom života. Odnos s obitelji su u pravilu ocjenjivali dobrim. Subjektivno funkcioniranje su procjenjivali zadovoljavajućim, a u sklopu toga, zdravlje su procjenjivali tek malo boljim nego neovisnost.

Tablica 3. *Rezultati T-testa na nezavisnim uzorcima - razlike u duljini života, kvaliteti života i odnosima s obitelji, subjektivnom funkcioniranju s obzirom na spol (N = 191)*

	Levenov test homogenosti varijanci		*T-test*		
	F	*p*	*t*	*df*	*p*
Duljina života	0.145	.704	0.767	189	.444
Kvaliteta života	0.513	.475	0.326	185	.745
Kvaliteta odnosa s obitelji	3.012	.084	-0.866	189	.387
Subjektivno funkcioniranje	0.083	.773	1.239	158	.217

Prema rezultatima Levenovog testa iz *Tablice 3.* se može vidjeti kako su varijance homogene ($p > .05$), odnosno da muškarci i žene pripadaju istoj populaciji. Međutim, T-testom nije utvrđena statistički značajna razlika ($p > .05$) što znači da nema razlike u duljini života, kvaliteti života i odnosima s obitelji te subjektivnom funkcioniranju ispitanih muškaraca i žena.

Kako bi prikazali podatke o zastupljenosti stvarno dugovječnih sudionika, onih koji imaju 90 i više godina, u *Tablici 4.* prezentirani su deskriptivni podaci varijable o duljini njihova života.

Tablica 4. *Deskriptivni podaci o varijabli Duljina života sudionika koji su doživjeli dugovječnost (90+ godina) (N = 124)*

	N	*M*	*SD*	*min*	*max*
Žene	90	94.06	2.90	90.36	102.67
Muškarci	34	94.43	2.52	90.84	100.52
Ukupno	124	94.16	2.73	90.36	102.67

Rađena je usporedba duljine života sudionika starijih od 90 godina po spolu te je vidljivo da žene i muškarci ne variraju značajno prema navedenim vrijednostima. Taj rezultat dodatno je potvrđen jednostavnom analizom varijance kojom nije utvrđena statistički značajna razlika ($F = 0.433$, uz $p > .05$). Iz tablice je vidljivo da je većina sudionika, kojih je ukupno bilo 191, doživjela dugovječnost (njih 124, odnosno 65.9%).

Prije provođenja korelacijske analize, ispitano je razlikuju li se distribucije korištenih skala duljine života, broja djece, obrazovanja, kvalitete života i odnosa s obitelji te subjektivnog funkcioniranja od normalne distribucije. U tu svrhu proveden je Shapiro-Wilk test te je utvrđeno da distribucije ne odstupaju značajno od normalne te se mogu koristiti parametrijski testovi za provedbu analiza. Za provjeru korelacija tih varijabla, korišten je Pearsonov koeficijent korelacije, a za provjeru korelacija spola s ostalim varijablama korišten je Spearmanov koeficijent korelacije.

Tablica 5. *Interkorelacijska matrica varijabli korištenih u istraživanju (N = 191)*

		Spol	*Broj djece*	*Obrazovanje*	*Kvaliteta života*	*Kvaliteta odnosa s obitelji*	*Subjektivno funkcioniranje*
1	*Duljina života*	-.056	.195**	.148	.144*	.135	.008
2	*Spol*		.030	-.242**	-.013	.046	-.103
3	*Broj djece*			-.036	.061	-.058	-.037
4	*Obrazovanje*				.033	.031	.094
5	*Kvaliteta života*					.289**	.093
6	*Kvaliteta odnosa s obitelji*						.142

*značajnost korelacije: p<0,01 (jednosmjerno)
** značajnost korelacije: p<0,05 (jednosmjerno)

U *Tablici 5.* prikazane su međusobne korelacije između proučavanih varijabli. Sukladno očekivanjima, duljina života značajno je povezana s kvalitetom života i brojem djece. Sudionici koji su dulje živjeli, uglavnom su procjenjivali kvalitetu svog života boljom te su imali veći broj djece. Korelacije su pozitivne i niske. Nije nađena značajna povezanost ostalih varijabla s duljinom života.

Što se tiče međusobnih korelacija prediktorskih varijabli, nađena je umjerena i negativna povezanost spola i obrazovanja što znači da su muškarci uglavnom imali veći stupanj obrazovanja. Ta značajnost također je potvrđena hi-kvadrat testom koji je bio značajan (χ^2 = 13.452 uz $p < .01$). Na kraju, kvaliteta života je očekivano, pozitivno i umjereno, značajno povezana s kvalitetom odnosa u obitelji. Odnosno, ljudi koji su svoje odnose s obitelji procjenjivali boljim, izjašnjavali su se također o boljoj kvaliteti života.

Tablica 6. *Rezultati multiple linearne regresijske analize doprinosa promatranih prediktorskih varijabli kriterijskoj varijabli Duljina života*

	Nestandardizirani koeficijent		*Standardizirani koeficijent*	
	B	*SE*	*β*	*p*
Konstanta	86.186	3.286		.000
Spol	-0.517	0.741	-0.059	0,487
Broj djece	0.909	0.307	0.240	.004*
Obrazovanje	0.538	0.418	0.108	.201
Kvaliteta života	0.227	0.326	0.061	.488
Kvaliteta odnosa s obitelji	1.422	0.884	0.141	.110
Subjektivno funkcioniranje	-0.098	0.180	-0.045	.586
R = 0.319 R^2 = 0.102		R_{adj} = 0 .062	F = 2.585, uz p < .05	

* značajnost korelacije: p < .01

U *Tablici 6.* prikazani su rezultati provedene linearne regresijske analize gdje je kriterij bio duljina života, a prediktori sociodemografske varijable te samoprocjene kvalitete života, odnosa s obitelji i subjektivnog funkcioniranja. Rezultat provedene regresijske analize bio je statistički značajan (F = 2.585, uz p < .05). Kao jedini značajni individualni prediktor duljine života pokazao se broj djece (β = 0.240 uz p < .01) što bi značilo da se na temelju većeg broja djece može predvidjeti dulji život sudionika. Prediktorskim varijablama uključenima u analizu objašnjeno je 10.2% varijance duljine života.

5. Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos sociodemografskih karakteristika sudionika, kvalitete života, subjektivnog funkcioniranja i odnosa s obitelji s duljinom života, istražiti njihov međusobni odnos te ispitati njihov doprinos duljini života. U radu su postavljene hipoteze o značajnom doprinosu duljini života navedenih varijabla te je očekivana pozitivna značajna povezanost stupnja obrazovanja i broja djece s duljinom života. Uz to, pretpostavljeno je da će žene u prosjeku živjeti duže nego muškarci, ali da će ženski spol negativno korelirati s kvalitetom života i subjektivnim funkcioniranjem.

Sudionici našeg istraživanja su zadovoljstvo kvalitetom života (*Tablica 2*) procjenjivali poprilično dobrom. Rezultati su u skladu s istraživanjem koje su provele Lovreković i Leuter

(2010) o kvaliteti života osoba u domovima za starije i nemoćne. Moyle i O'Dwyer (2012) su dobili da su ljudi u domovima za stare zadovoljniji kvalitetom života, nego oni koji su živjeli u vlastitim domovima. Neki od ključnih čimbenika zašto je to tako uključuju smisleno provođenje vremena korisnika kroz aktivnosti usmjerene na njihove interese, društveni angažman, pozitivne stavove osoblja i okruženje koje omogućava povezanost s drugima. Nasuprot tome, Brajković (2009) je u svom istraživanju dobila kako je puno veće zadovoljstvo nađeno kod starih ljudi koji žive u vlastitim domovima u odnosu na ljude iz doma za starije te bi se u sljedećim istraživanjima mogla uzeti u obzir i ta populacija. Autorica smatra da je to tako jer u našem društvu još uvijek postoji određena stigma vezana za ljude koji žive u domovima za starije i nemoćne budući da u te domove odlaze samo oni koji nisu potpuno sposobni brinuti samostalno za sebe te im je potrebna pomoć oko toga. Prema tome je i sama njihova kvaliteta i zadovoljstvo životom narušeno.

Kvalitetu odnosa u obitelji sudionici su uglavnom procjenjivali odličnom. Iako je odnos s obitelji uglavnom procjenjivan u sklopu kvalitete socijalnih odnosa, većina istraživanja potvrđuje kako su bolji socijalni odnosi povezani s boljom kvalitetom života. Laklija i sur. (2008) su u svom istraživanju s umirovljenicima dobili kako su oni umirovljenici koji su svoj kontakt sa svojom socijalnom mrežom, a to uključuje djecu, unuke, širu obitelj i prijatelje, procjenjivali kvalitetnim, te su bili zadovoljniji i aktivniji u tim odnosima, više bili uključeni u život zajednice te su bili zadovoljniji dosadašnjim životom i usporedbom svog života s drugima. U nekim budućim istraživanjima koja se bave ispitivanjem kvalitete odnosa u obitelji, vrijedilo bi uzeti u obzir i članove proširene obitelji i/ili odnose s braćom i sestrama. Kvaliteta tog odnosa bi se također mogla procjenjivati na intervalnoj skali što daje veću mogućnost ispitanicima da procijene razine kvalitete tog odnosa što bi naposljetku dovelo do osjetljivijeg razlikovanja među ispitanicima.

Subjektivno funkcioniranje sudionici su također procjenjivali vrlo dobrim što potvrđuje nalaze longitudinalne studije Lučanin i Despot Lučanin (2015). Njihovi sudionici koji su živjeli u domovima za starije su svoje samoprocijenjeno zdravlje i funkcionalnost još uvijek ocjenjivali dobrim iako se ta procjena značajno smanjila kako su ispitanici ostarjeli. Hofman (2015) smatra da stariji stari svoje subjektivno percipirano zdravlje ocjenjuju boljim nego mlađi stari. On je su svom istraživanju dobio da je starijima starima važnija funkcionalna sposobnost i da se manje žale na morbiditet što se može objasniti time da su oni već naviknuti živjeti sa svojim bolestima te one više ne predstavljaju tolike teškoće u njihovim životima jer su prilagodili svoj život tome. To je u skladu s navedenim istraživanjem Lučanin i Despot Lučanin (2015) čiji su sudionici

unatoč svom narušenom zdravlju (91% ih je imalo kronične bolesti), još uvijek ostali uglavnom neovisni u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Sličan rezultat dobio je i Collerton (2009) u svom istraživanju koje je uključivalo populaciju od 85 godina starosti na dalje. Sudionici su većinom izvješćivali o niskim razinama invalidnosti i pozitivnoj samoprocjeni zdravlja. U Berlinskoj studiji starenja (Baltes i Mayer, 2001), istraživači su pokazali kako ljudi posjeduju izvanrednu sposobnost da reguliraju subjektivni utjecaj zdravstvenih gubitaka. Što ljudi postaju stariji, povećava se razlika između njihove subjektivne procjene zdravlja i objektivnog zdravstvenog stanja što rezultira time da se subjektivno zdravlje ne mijenja s dobi. To naravno ne znači da objektivno zdravlje ne propada, nego tu dolazi do izražaja ljudska sposobnost prilagodljivosti starosnim prilikama i promjenama koje nose (Baltes i Smith, 2003). Kad se ljudi moraju nositi s nekom bolešću, uspoređuju se s drugima koji imaju slične ili još gore bolesti. Moć prilagodljivosti jedan je od načina kako osigurati dobrobit u starosti. Međutim, moramo biti svjesni činjenice da takvi nalazi o prilagodljivosti pojedinca također jasno pokazuju zašto podaci o samoprocjeni zdravlja ili dobrobiti nisu najbolji pokazatelji objektivne kvalitete života u starosti. Ljudi svoje zdravlje prikazuju pozitivnim iako su njihove objektivne životne okolnosti negativne (Baltes i Smith, 2003).

Kako bi se odgovorilo na prvi postavljen problem, proveden je T-test kako bi se utvrdile razlike između muškaraca i žena u duljini života, kvaliteti života i odnosima s obitelji te subjektivnom funkcioniranju. Rezultati pokazuju da ne postoji statistička značajna razlika u duljini i kvaliteti života te subjektivnom funkcioniranju između muškaraca i žena u ovom istraživanju čime naša prva hipoteza, pretpostavka da će žene živjeti duže, ali da će procijeniti kvalitetu svog života i subjektivno funkcioniranje lošijima, nije potvrđena. Nepostojanje razlike u subjektivnom funkcioniranju u skladu je s rezultatima koje je dobio Collerton (2009). Žene i muškarci u istraživanju su u jednakim postocima ocjenjivali svoje zdravlje po razinama Likertove skale, no odudara od velikog broja prijašnjih istraživanja (Austad, 2006; Crimmins, Zhang i Saito, 2016; Parminder, Wong i Massfeller, 2004) gdje su žene svoje subjektivno funkcioniranje i zdravlje procjenjivale značajno lošijim od muškaraca. Iako nije nađena razlika u duljini života između muškaraca i žena na promatranom uzorku, može se ipak reći da žene žive duže što se može vidjeti na samom omjeru žena i muškaraca, odnosno bilo je gotovo 3 puta više žena nego muškaraca starijih od 85 godina što se odražava i na populacijskoj razini (Državni zavod za statistiku, 2013). Potvrđena je druga hipoteza istraživanja, odnosno žene su imale u prosjeku niže obrazovanje od muškaraca što će biti objašnjeno dalje u raspravi.

Iz *Tablice 4.* jasno je vidljivo da je većina sudionika od početnog uzorka doživjela dugovječnost. Za ljude koji dosegnu osamdesetu godinu života, očekivana preostala životna dob iznosi dodatnih 8 do 10 godina, dok oni koji dosegnu devedesetu, mogu očekivati dodatnih 4 do 5 godina (Baltes i Smith, 2003) što je u skladu s našim nalazima gdje je prosječna dob umiranja iznosila 94,16 godina. Pojedinci više ne dosežu najstariju-staru dob i odmah umiru - mogu doseći ovu dob i živjeti još jedno desetljeće ili više. No svejedno dolazi do opadanja kako tjelesnih, tako i psihičkih funkcija što ugrožava neke od najdragocjenijih značajki ljudskog uma kao što su osobni identitet, kontrola nad vlastitim odukama i budućnošću, kao i mogućnost da se živi i umre dostojanstveno. Nadalje, upravo se šanse za ljudsko dostojanstvo mogu smanjiti u najstarijoj dobi ako su socijalne politike pretežito usmjerene na promicanje duljeg života nakon treće životne dobi jer zdravo i uspješno starenje, naposljetku, ima i svoje dobne granice (Baltes i Smith, 2003).

Pregledom interkorelacijske matrice svih korištenih varijabli (*Tablica 5*) može se dobiti odgovor na drugi problem i pripadne hipoteze. Očekivano je dobivena značajna povezanost duljine života s kvalitetom života i brojem djece. Sudionici koji su imali više djece su duže živjeli, a značajna povezanost bi se mogla opisati time da ljudi s više djece imaju više prilika za socijalnu interakciju i veću mogućnost da će neko skrbiti o njima jednom kada im je skrb potrebna. Budući da su naši sudionici korisnici domova za starije, tu bi više do izražaja mogla doći socijalna komponenta imanja djece, odnosno češće socijalne interakcije s njima. Dobivena značajna korelacija duljine života s kvalitetom života potvrda je mnogih prethodnih istraživanja (Steptoe i Wardle, 2012; Ross i. Mirowsky, 2002; Veenhoven, 1996) gdje je veća kvaliteta života ujedno povezana s duljim životom. U usporedbi s mlađim populacijama, starije osobe imaju bolju percepciju sebe i svijeta oko sebe što jača njihovu realnu procjenu vlastitih mogućnosti i pomaže u održavanju kvalitete života (Atchley, 1991).

Nadalje, pronađena je negativna korelacija spola s obrazovanjem čime se potvrđuje naša druga hipoteza prvog postavljenog problema. Ne iznenađuje dobivena značajna negativna povezanost spola i obrazovanja, odnosno tumačenje da će muškarci biti obrazovaniji. Kada se promatra ta značajnost, mora se uzeti u obzir i cijelo jedno povijesno razdoblje, odnosno utjecaj kohorte. Detaljnije, sudionici istraživanja rođeni su početkom 20. stoljeća te su u pravilu pohađali školu od 1910-ih do kraja 1940-ih. U to vrijeme nije bilo toliko uobičajeno da žene nastavljaju visokoškolsko obrazovanje kao muškarci. U ženskim građanskim školama više se pažnje posvećivalo ručnom radu i domaćinstvu, a relativno kasno su se otvorile ženske gimnazije koje su većinom omogućavale upis na fakultete (Miljković i Batinić, 2011). Tada su postojale i

pučke škole čiji je ustroj bio malo drugačiji od tradicionalnih osnovnih i srednjih škola, a školstvo je tek dobivalo svoj današnji format. Tako je, na primjer, bilo obavezno samo četverogodišnje osnovnoškolsko obrazovanje, dok su učenici dalje mogli nastaviti obrazovanje u građanskim školama ili nižim srednjim školama (Miljković i Batinić, 2011) što bi se danas moglo smatrati višim razredima osnovne škole. Upravo zbog ovog razloga može se javiti greška u kodiranju varijable obrazovanja što je moglo utjecati na rezultat. Također, moguće da je i način kodiranja utjecao na nepostojanje značajne povezanosti između obrazovanja i duljine života u našem istraživanju. Takav rezultat je u skladu s nalazima koje je dobio Lučanin (2012), odnosno razina obrazovanja sudionika se nije odrazila na razliku u njihovoj duljini života, ali odudara od nekih prijašnjih istraživanja (Mackenbach, 2006; Hummer i Hernandez, 2013; Novak, 2016) koji su dobili kako su godine obrazovanja pozitivno povezane s duljinom života.

Posljednja značajna korelacija u matrici je ona između kvalitete života i kvalitete odnosa u obitelji. Korelacija je umjerena i pozitivna što bi značilo da se povećanjem kvalitete odnosa s obitelji, povećava i kvaliteta života. Značajnu povezanost kvalitete života i obiteljskih odnosa dobili su bili i Laklija i sur. (2008). Oni smatraju kako je viši stupanj kvalitete života proporcionalan odgovornosti odrasle djece za skrb prema svojim roditeljima.

Rezultati provedene multiple regresije (*Tablica 6)* daju djelomičan potvrdan odgovor na treći problem i postavljenu hipotezu. Generalno, dobiven je značajan regresijski koeficijent i može se reći da skup prediktora ovog istraživanja doprinose objašnjavaju 10,2% varijance duljine života, no jedina značajna prediktorska varijabla bila je *Broj djece*, što je u skladu s rezultatima nekih prijašnjih istraživanja (Barclay i Kolk, 2019; Modig, 2017; Muller, 2002; Tabatabaie, 2011) koja govore kako veći broj djece pridonosi duljem životu osobe. Iako još ne postoji točno objašnjenje zašto je veći broj djece, odnosno veća plodnost povezana s duljim životom, moguće je da su dugovječnost i povećana plodnost povezani s nekim trećim faktorom koji istodobno utječe na obje varijable i tako stvara pozitivnu povezanost. Doblhammer (2000) smatra da određeni geni mogu biti zaslužni za produljenje perioda kada žene mogu nositi djecu i produljiti život pojedine žene. Socijalni razlozi uključuju skrb koju djeca pružaju svojim roditeljima jednom kada oni dostignu dob u kojoj im je skrb i njega potrebna.

Nizak udio objašnjene varijance duljine života može se objasniti time što vjerojatno mnogi drugi faktori koje nisu bili tema ovog istraživanja također značajno doprinose objašnjenu varijance kao što su, na primjer, osobine ličnosti, kognitivno funkcioniranje, socijalna potpora, društvene aktivnosti, socioekonomski status i dr.

Ograničenja provedenog istraživanja i preporuke za buduća istraživanja

Kao jedan od nedostataka istraživanja se može se navesti činjenica da su sudionici bili osobe koje su se dobrovoljno javile da sudjeluju, umjesto da su bili slučajno odabrani. Nejednak omjer ispitanih muškaraca i žena koji je iznosio gotovo 3:1 također je mogao utjecati na rezultate. No porastom broja muških ispitanika bi se smanjila moguća generalizacija na željenu populaciju. Mora se uzeti u obzir da i na populacijskoj razini nije bio veći omjer muškaraca (DZS, 2013). Moguće objašnjenje je da tu opet dolazi do utjecaja kohorte, odnosno generacije muškaraca rođenih do ranih 1920-ih godina prošlih stoljeća sudjelovali su u Drugom svjetskom ratu te ako su preživjeli, bili su podložniji raznim bolestima od žena tog doba što je moglo utjecati na njihov životni vijek.

Također, sudionici istraživanja su osobe koje žive u domovima za starije osobe te je zato upitno koliko dobro navedeni uzorak može reprezentirati stvarnu populaciju starijih osoba u Hrvatskoj. Moguće je da su sudionici u boljoj financijskoj situaciji jer si mogu priuštiti stanovati u domu ili imaju obitelj koja im to financira jer su hrvatske mirovine u prosjeku niže od cijena prosječnih domova te si ne mogu svi stanovnici priuštiti život u domu iako bi to možda htjeli. Također je vjerojatno da su oni korisnici domova upravo zato jer ne mogu samostalno skrbiti za svoje potrebe u vlastitim kućanstvima te im je potrebna dodatna pomoć i njega. Kako bi se to promijenilo, u budućim istraživanjima bi bilo korisno ispitati i populaciju starih ljudi koji žive izvan domova za stare i nemoćne, one koji žive ili sami ili sa svojim obiteljima.

Postoje i nedostaci u načinu mjerenja varijabli. Što se tiče odnosa s obitelji, u ovom istraživanju se uzimala u obzir samo kvaliteta odnosa koju osoba ima sa svojom djecom i unucima te ukućanima. Određen broj sudionika u originalnom HECUBA istraživanju nije imao djecu te u našem istraživanju njihovi rezultati nisu uzimani u obzir, što je moglo imati značajan utjecaj na dobivene rezultate. Iako je varijabla odnosa s obitelji u konačnom obliku rekodirana u skalu, originalna čestica je bila kategorijalna te su ispitanici mogli birati samo između tri ponuđene opcije za određene članove obitelji, u ovom slučaju, djecu i unuke. U sljedećim bi se istraživanjima, kako je već napomenuto, mogao uključiti i odnos s članovima šire obitelji koji bi se mogao mjeriti na skali, na primjer, Likertovog tipa kako bi se detaljnije procijenio taj odnos.

Što se tiče ostalih skala samoprocjena, tu dolazi do generalnog pitanja koliko dobro ispitanici mogu sami sebe procijeniti pogotovo ako se uzme u obzir i njihova dob u kojoj je normalno da dolazi do opadanja kognitivnih funkcija.

Kako bi se uvažio podatak da većina ljudi iznad 85. godine života ostaju udovci, u sljedećim istraživanjima bi se moglo ispitati koliko su dugo vremena ispitanici u udovištvu te kako je to na njih utjecalo. Osim samog podatka jesu li ispitanici u braku ili ne, valjalo bi ispitati kvalitetu bračnih odnosa i koliko to utječe na kvalitetu i duljinu života, budući da su upravo kvaliteta i zadovoljstvo brakom, a ne sam brak, ti koji direktno doprinose zdravlju te time i kvalitetnijem životu (Rogers, Rogers i Belanger, 1992). Mnoga istraživanja pokazuju (Hawkins i Booth, 2005; Bulanda, Brown i Yamashita, 2016) kako nesretni brakovi pružaju puno manje pogodnosti za kvalitetu života nego brakovi u kojima su supružnici sretni stoga osobe u nesretnim brakovima mogu biti potencijalna ugrožena skupina koja je sklonija zdravstvenim problemima što kasnije utječe na duljinu njihova života.

Kvalitativna istraživanja bi mogla pridonijeti dubljem razumijevanju kvalitete života najstarije populacije. Također bi bilo korisno provesti longitudinalne studije s više vremenskih točaka mjerenja kako bi se bolje razumio uzročni redoslijed čimbenika povezanih s kvalitetom života starijih starih osoba te kako bi se utvrdilo mijenja li se kvaliteta života i njenih subjektivnih aspekta s porastom dobi kod hrvatskog stanovništva. Naposljetku, bit će ključno definirati koji su čimbenici rizika jedinstveni za najstariju populaciju jer bi upravo oni mogli biti temelj za sastavljanje preventivnih intervencija prikladnih za ovu dobnu skupinu. Kako ta populacija svake godine sve više raste, trebaju se prepoznati njihove zdravstvene, socijalne i druge potrebe kako bi se donijele odluke koje će im omogućiti što dulje zadržavanje aktivnog sudjelovanja u zajednici, očuvanje zdravalja i funkcioniranja što je bitno za ukupnu kvalitetu njihova života. Dobre javne politike uključuju dodjeljivanje aktivnih socijalnih uloga starijima kako bi ostali važni članovi društva i općenito omogućiti veću dostupnost sustava podrške, pristup zdravstvenoj njezi, bolji prijevoz, smještaj, itd. (Baltes i Smith, 2003).

Bitnu ulogu u svemu tome kao zdravstveni suradnici imaju psiholozi. Oni su visoko kvalificirani stručnjaci koju pomažu starim osobama i njihovim obiteljima da prevladaju probleme koje nosi stara dob, poboljšaju njihovu dobrobit i kvalitetu života kako bi mogli ostvariti svoj potencijal tijekom ostatka svog života. Njihova uloga je važna jer najstarija dob sa sobom nosi i mnoge mentalne poteškoće poput demencije, delirija, depresije i anksioznosti zbog suočavanja sa fizičkim nedostacima i problemima, gubitkom bliskih osoba te naposljetku i suočavanja s vlastitom smrtnošću, stoga je bitno prepoznati i razlikovati te poremećaje kako bi se primijenila potrebna terapija. Prema tome, psihologija kao struka ima širok spektar znanja koja mogu pomoći planiranju i provođenju aktivnosti i intervencija koje doprinose uspješnom starenju i dostojanstvenom životu pojedinaca u dubokoj starosti.

6. Zaključak

Provedenim istraživanjem želio se utvrditi doprinos sociodemografskih karakteristika, kvalitete života i odnosa u obitelji te subjektivnog funkcioniranja u objašnjenju duljine života i ispitati njihov međusoban odnos u uzorku od 191 osobe starije od 85 godina koji su smješteni u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. Pronađene su značajne povezanosti duljine života s brojem djece i kvalitetom života što bi značilo da se povećanjem broja djece i kvalitete života povećava i duljina života. Kvaliteta života je bila umjereno značajno povezana s kvalitetom odnosa s obitelji, odnosno ljudi koji su izvješćivali o boljim odnosima s obitelji, procjenjivali su i svoju kvalitetu života boljom. Također su pronađene negativne značajne povezanosti spola s obrazovanje pri čemu su muškarci bili više obrazovani. Jedina značajna prediktorska varijabla duljine života bila je varijabla „*Broj djece*“ kojom se može objasniti 10.2% varijance duljine života ispitanika.

Zbog sve većeg povećanja populacije ljudi starijih od 85 godina u narednim godinama bitno je prepoznati važnost očuvanja kvalitete njihova života, socijalnih odnosa i zdravlja kako bi se donijele važne društvene i javno-zdravstvene odluke koje promoviraju zdrav i kvalitetan život. Psiholozi svojim stručnim znanjima mogu doprinijeti kreiranju tih aktivnosti čiji je fokus uspješno starenje pojedinca. Time bi se, osim što bi se osigurao dostojan život osoba vrlo stare životne dobi koje zahtijevaju posebnu njegu, smanjio pritisak na troškove javnog zdravstva i mirovinskih sustava u Republici Hrvatskoj.

7. Literatura

Atchley, R. C. (1991). The influence of aging or frailty on perceptions and expressions of the self: theoretical and methodological issues. U: Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C., i Deutchman, D. E. (ur.). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (str. 207-225). Academic Press.

Austad, S. N. (2006). Why women live longer than men: Sex differences in longevity. *Gender medicine*, *3*(2), 79-92.

Baltes, P. B. i Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, *49*(2), 123-135.

Barclay, K. i Kolk, M. (2019). Parity and mortality: An examination of different explanatory mechanisms using data on biological and adoptive parents. *European Journal of Population*, *35*(1), 63-85.

Becker, G. S. (1981). Altruism in the family and selfishness in the market place. *Economica*, *48*(189), 1-15.

Benyamini, Y. i Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality. *Research on Aging, 21,* 392–401

Blackburn, K. i Cipriani, G.P. (2002). A model of longevity, fertility and growth. *Journal of Economic Dynamics and Control*, *26*(2), 187–204.

Brajković, L. (2010). *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Neobjavljeni doktorski rad, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb.

Bulanda, J. R., Brown, J. S. i Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Social Science & Medicine*, *165*, 119-127.

Carone, G. i Costello, D. (2006). Can Europe afford to grow old? *International Monetary Fund Finance and Development magazine*, *43*(3), 28-31.

Collerton, J., Davies, K., Jagger, C., Kingston, A., Bond, J., Eccles, M. P. i Kirkwood, T. B. (2009). Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*, *339:*b4904.

Crimmins, E. M., Zhang, Y. i Saito, Y. (2016). Trends over 4 decades in disability-free life expectancy in the United States. *American Journal of Public Health*, *106*(7), 1287-1293.

Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective auality of life: An interactive model. *Social indicators research*, *52*(1), 55-72.

Despot Lučanin J. i Lučanin D. (2015*).* Survival and associated biological, and psychosocial factors in elderly persons living in institutions in Croatia, u: M. Tummino, M. Bollati i M. Widmann (ur.). *Abstract Book of the 14th European Congress of Psychology* (str. 332).

Despot Lučanin, J. (1998). Zdravstvena psihologija i starenje, u: Havelka, M. (ur.). *Zdravstvena psihologija (*str. 209-225). Jastrebarsko: Naklada slap.

Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada slap.

Despot Lučanin, J., Lučanin, D. i Havelka, M. (2006). Kvaliteta starenja-samoprocjena zdravlja i potrebe za uslugama skrbi. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, *15*(4-5 (84-85)), 801-817.

Doblhammer, G. (2000). Reproductive history and mortality later in life: A comparative study of England and Wales and Austria. *Population Studies*, *54*(2), 169–176.

Državni zavod za statistiku (2013). Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011. Stanovništvo prema spolu i starosti. Preuzeto 15.08.2020. s https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdf

Državni zavod za statistiku (2018). Procjene stanovništva Republike Hrvatske u 2017. Preuzeto 05.08.2020. s https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2018/07-01-03_01_2018.htm

Državni zavod za statistiku (2007). Žene i muškarci u Hrvatskoj 2007. Preuzeto 05.08.2020. s https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/menandwomen/men_and_women_2007.pdf

Eurostat (2020). Quality of life indicators - measuring quality of life. Preuzeto 18.06.2020. s https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_measuring_quality_of_life#B1dimensions_of_quality_of_life

Gutman, D. (1975). Parenthood: A comprehensive key to the life-cycle. *Life-Span Developmental Psychology: Normative Crises*.

Hawkins, D. N. i Booth, A. (2005). Unhappily ever after: Effects of long-term, low-quality marriages on well-being. *Social Forces*, *84*(1), 451-471.

Hillerås, P. K., Jorm, A. F., Herlitz, A. i Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: A survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *The International Journal of Aging and Human Development*, *52*(1), 71-90.

Hofman, C. S., Makai, P., Boter, H., Buurman, B. M., de Craen, A. J., Rikkert, M. G. O. i Melis, R. J. (2015). The influence of age on health valuations: the older olds prefer functional independence while the younger olds prefer less morbidity. *Clinical interventions in aging*, *10*, 1131.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. i Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, *7*(7), e1000316.

Hummer, R. A. i Hernandez, E. M. (2013). The effect of educational attainment on adult mortality in the United States. *Population bulletin*, *68*(1), 1.

Hurt, L. S., Ronsmans, C. i Thomas, S. L. (2006). The effect of number of births on women's mortality: Systematic review of the evidence for women who have completed their childbearing. *Population studies*, *60*(1), 55-71.

Kobrin, F. E. i Hendershot, G. E. (1977). Do family ties reduce mortality? Evidence from the United States, 1966-1968. *Journal of Marriage and the Family*, 737-745.

Laklija, M., Rusac, S. i Žganec, N. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj iu zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, *15*(2), 171-188.

Landesman, S. (1986). Quality of life and personal life satisfaction: Definition and measurement issues. *Mental retardation*, *24*(1), 141-143.

Le Bourg, E. (2007). Does reproduction decrease longevity in human beings?. *Ageing research reviews*, *6*(2), 141-149.

Lillard, L. A. i Panis, C. W. (1996). Marital status and mortality: The role of health. *Demography*, *33*(3), 313-327.

Lovreković, M. i Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*, *19*(1), 55-79.

Lučanin, D. (2012) *Psihosocijalne odrednice duljine života i zdravlja starijih osoba*. Neobjavljeni doktorski rad, Filozofski fakultet, Zagreb.

Lučev, I. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, (1-2), 67-89.

Lutz, W. i Kebede, E. (2018). Education and health: redrawing the Preston curve. *Population and development review, 44*(2), 343.

Mackenbach, J. P. (2006). *Health inequalities: Europe in profile*. Rotterdam, Erasmus MC.

Mathers, C. D., Iburg, K. M., Salomon, J. A., Tandon, A., Chatterji, S., Ustün, B. i Murray, C. J. (2004). Global patterns of healthy life expectancy in the year 2002. *BMC public health, 4*(1), 66.

Mečev, D. i Vudrag, N. (2012). Utjecaj demografskog procesa starenja na gospodarska kretanja u Republici Hrvatskoj. *Praktični menadžment: stručni časopis za teoriju i praksu menadžmenta*, *3*(2), 37-41.

Milkie, M. A., Bierman, A. i Schieman, S. (2008). How adult children influence older parents' mental health: Integrating stress-process and life-course perspectives. *Social Psychology Quarterly*, *71*(1), 86-105.

Miljković, D. i Batinić, Š. (2011). Iz povijesti hrvatskoga srednjega školstva u razdoblju od 1918.–1940. *Napredak: Časopis za interdisciplinarna istraživanja u odgoju i obrazovanju, 152*(3-4), 495-520.

Modig, K., Talbäck, M., Torssander, J. i Ahlbom, A. (2017). Payback time? Influence of having children on mortality in old age. *Journal of Epidemiology and Community Health, 71*(5), 424–430.

Moyle, W. i O'Dwyer, S. (2012). Quality of life in people living with dementia in nursing homes. *Current Opinion in Psychiatry, 25*(6), 480-484.

Müller, H. G., Chiou, J. M., Carey, J. R. i Wang, J. L. (2002). Fertility and life span: late children enhance female longevity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *57*(5), B202-B206.

Nejašmić, I. i Toskić, A. (2013). Starenje stanovništva u Hrvatskoj–sadašnje stanje i perspektive. *Hrvatski geografski glasnik, 75*(1), 89-110.

Ng, D. M., i Jeffery, R. W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health psychology*, *22*(6), 638.

Novak, A., Čepar, Ž. i Trunk, A. (2016). The role of expected years of schooling among life expectancy determinants. *International Journal of Innovation and Learning*, *20*(1), 85-99.

Our World in Data (2019). Life Expectancy. Preuzeto 18.06.2020. s https://ourworldindata.org/life-expectancy

Pearlin, L. I. i Johnson, J. S. (1977). Marital status, life-strains and depression. *American sociological review*, 704-715.

PRB (2020). Countries with the oldest populations in the world. Preuzeto 20.06.2020. s https://www.prb.org/countries-with-the-oldest-populations/

Raina, P., Wong, M. i Massfeller, H. (2004). The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly. *BMC geriatrics*, *4*(1), 3.

Rogers, R. G. (1995). Marriage, sex, and mortality. *Journal of Marriage and the Family*, 515-526.

Rogers R. G, Rogers A. i Belanger A. (1992). Disability-free life among the elderly in the United States. *Journal of Aging and Health, 4*(1): 19-42.

Ross, C. E. Mirowsky, J. (2002). Family relationships, social support and subjective life expectancy. *Journal Of Health And Social Behavior,* 69-489.

Schaie, K. W. i Willis, S. L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Shor, E. i Roelfs, D. J. (2015). Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science & Medicine*, *128*, 76-86.

Shor, E., Roelfs, D. J. i Yogev, T. (2013). The strength of family ties: A meta-analysis and meta-regression of self-reported social support and mortality. *Social Networks*, *35*(4), 626-638.

Slavuj, L. (2012). Objektivni i subjektivni pokazatelji u istraživanju koncepta kvalitete života. *Geoadria, 17*(1), 73-92.

Steptoe, A. i Wardle, J. (2012). Enjoying life and living longer. *Archives of Internal Medicine*, *172*(3), 273-275.

Tabatabaie, V., Atzmon, G., Rajpathak, S. N., Freeman, R., Barzilai, N. i Crandall, J. (2011). Exceptional longevity is associated with decreased reproduction. *Aging*, *3*(12), 1202.

The World Bank (2017). World bank open data. Preuzeto 18.06.2020 s https://data.worldbank.org

Thomas, P. A., Liu, H. i Umberson, D. (2017). Family relationships and well-being. *Innovation in Aging*, *1*(3), igx025.

Tomek-Roksandić, S., Budak, A., Demarin, V., Vodopija, I., Cividini-Stranić, E. i Vorko-Jović, A. (1999). Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi 1999. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske (zbornik).

UN (2019). World population prospects 2019: Highlights. *New York (US): United Nations Department for Economic and Social Affairs*.

Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of health and social behavior*, 306-319.

Veenhoven, R. (1996). Happy life-expectancy. *Social indicators research*, *39*(1), 1-58.

Waldron, I. i Johnston, S. (1976). Why do women live longer than men?. *Journal of human stress*, *2*(2), 19-30.

Westendorp, R. G. i Kirkwood, T. B. (1998). Human longevity at the cost of reproductive success. *Nature*, *396*(6713), 743-746.

WHOQoL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of life Research*, *2*(2), 153-159.

Wolinsky, F. D. i Johnson, R. J. (1992). Perceived health status and mortality among older men and women. *Journal of Gerontology*, *47*(6), S304-S312.

Zhang, J. i Zhang, J. (2005). The effect of life expectancy on fertility, saving, schooling and economic growth: theory and evidence. *The Scandinavian Journal of Economics*, 107(1), 45–66.