

Originalni naučni rad

## Povezanost subjektivnog osjećaja zadovoljstva i kvaliteta života starih osoba

**Nataša Egeljić-Mihailović<sup>1,3</sup>,  
Jelena Pavlović<sup>2</sup>,  
Duška Jović<sup>3</sup>,  
Darija Knežević<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Univerzitetski klinički centar Republike Srpske, Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

<sup>2</sup>Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Medicinski fakultet, Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

<sup>3</sup>Univerzitet u Banjoj Luci, Medicinski fakultet, Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Primljen – Received: 22/05/2020  
Prihvaćen – Accepted: 07/12/2020

Adresa autora:  
Mr Nataša Egeljić-Mihailović  
Ul. Save Ljuboje 38, 78000 Banja Luka  
natas.egeljic@kc-bl.com

Copyright: ©2020 Nataša Egeljić Mihailović et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license.

### Kratak sadržaj

**Uvod.** Cilj rada je bio da se ispita povezanost subjektivnog osjećaja zadovoljstva i kvaliteta života kod starih osoba u odnosu na demografske karakteristike, zdravstveni, socijalni i finansijski status.

**Metode.** Uzorak u ovom istraživanju činilo je 159 ispitanika oba pola, starije životne dobi. Svi ispitanici su uzorkovani u Banjoj Luci, u prostorijama Udruženja penzionera Republike Srpske, klubovima penzionera, prilikom dolaska u određene finansijske institucije radi pomoći, otvaranja računa i slično, kao i prostorima gdje se penzioneri okupljaju radi druženja i razgovora. Kao instrument istraživanja korišćen je anketni upitnik izrađen za potrebe ovog rada i prilagođen osobama starije životne dobi. Anketni upitnik je konstruisan od sljedećih elemenata: sociodemografski podaci, samoprocjena kvaliteta života i skala kvaliteta života starih osoba.

**Rezultati.** Anketnim ispitivanjem obuhvaćeno je ukupno 159 ispitanika i to 56,6% muškaraca i 43,4% žena, od kojih je veći broj ispitanika bio starosti 65–75 godina (67,3%). Prosječna vrijednost zdravstvenog statusa ( $M=2,17$ ;  $SD=0,68$ ) je viša od očekivanog prosjeka, socijalni status ( $M=1,93$ ;  $SD=0,60$ ) i socijalne potrebe ( $M=1,91$ ;  $SD=0,72$ ) su nešto niže od teorijske sredine. Finansijski status ima prosječnu vrijednost ( $M=2,08$ ;  $SD=0,59$ ). Distribucija socijalnih potreba je nezadovoljavajuća. Dobijena vrijednost skale samoprocjene kvaliteta života je na teorijskoj sredini ( $M = 5,54$ ,  $SD = 2,47$ ) što ukazuje da je distribucija dobijenih ocjena kvaliteta života simetrična.

**Zaključak.** Finansijski status značajno utiče na kvalitet života starih osoba. Distribucija socijalnih potreba je nezadovoljavajuća. Nivo obrazovanja znatno utiče na kvalitet života, ispitanici sa visokom stručnom spremom imaju bolji zdravstveni, socijalni i finansijski status u odnosu na stare osobe sa nižim stepenom obrazovanja.

**Glavne riječi:** kvalitet života, stare osobe, procjena, finansijski status, socijalne potrebe

### Uvod

Starenje predstavlja biološki proces koji napreduje različitom brzinom, neizbježna faza u kojoj su prisutne mnogobrojne promjene u funkciji i građi tijela, dok starost predstavlja neizbježan period u životu svakog čovjeka [1]. Relevantna studija ukazala je na činjenicu da će se u svijetu do 2050. godine udvostručiti broj osoba starijih od 60 godina [2]. Velika učestalost hroničnih i degenerativnih oboljenja je uzrok progresivnog opadanja sposobnosti funkcionisanja u fizičkoj i psihičkoj, ali

i u svim drugim sferama života [3]. Život starih osoba mora biti dostojan čovjeka. Briga o zaštiti zdravlja starih traži multidisciplinarni pristup stručnjaka, jer na kvalitet života ne utiče samo pružena zdravstvena usluga, već i socijalna zaštita [4].

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji pod kvalitetom života se podrazumijeva opažanje pojedinaca o sopstvenom položaju u životu, kao i u odnosu na ciljeve, očekivanja i standarde koji važe u tim sistemima [5]. Često se termini blagostanje i zdravstveno stanje koriste kao sinonimi za kvalitet života iako su oni samo pojedinačni aspekti mnogo sveobuhvatnijeg koncepta [6]. Stare ljude prate određene specifičnosti koje se javljaju kao posljedica procesa starenja i odnose se na sve komponente zdravlja. Sagledavanje stanja zdravlja starih ljudi, uz uvažavanje njihovih specifičnosti, omogućava odgovarajući pristup njihovom liječenju i njihovoj zdravstvenoj njezi. Ispitivanje kvaliteta života posebno je značajno za pojedine kategorije, kao što su stare osobe, te hronični bolesnici. Neophodno je razlikovati dva pojma: kvalitet života (Quality of Life – QOL) i kvalitet života povezan sa zdravljem (Health related Quality of Life – HRQOL). Pri procjeni kvaliteta života ne moraju se obavezno uključiti svi domeni. Moguće je da dvije osobe sa istim zdravstvenim stanjem imaju različit kvalitet života. Kvalitet života u vezi sa zdravljem (HRQOL) treba da obuhvati fizičko, psihičko i društveno (socijalno) funkcionisanje. Komponente kvaliteta života su: fizička, psihološka i socijalna individualna percepcija položaja u porodici i društvu, kao i ostvarenje društvenih kontakata [7, 8].

Za adekvatnu procjenu zdravlja starih osoba neophodno je da se detaljno ispita njihova funkcionalna sposobnost, ali veoma je bitno i to kakva je njihova subjektivna procjena sopstvenog zdravlja, jer su sve komponente zdravlja u interakciji i dinamičkoj ravnoteži.

Cilj rada je bio da se ispita povezanost subjektivnog osjećaja zadovoljstva i kvaliteta života kod starih osoba u odnosu na demografske karakteristike, zdravstveni, socijalni i finansijski status.

## Metode rada

Studija presjeka sprovedena je metodom anketiranja u periodu od 01.10. do 01.12.2019. godine kod osoba starije životne dobi u opštini Banja Luka. Uzorak u ovom istraživanju činilo je 159 ispitanika oba pola. Od ukupnog broja, devet ispitanika su korisnici doma za smještaj i njegu starih osoba, tj. žive u domu za stare. Anketiranje je obavljeno u prostorijama Udruženja, klubovima penzionera, prilikom dolaska u određene finansijske institucije radi pomoći, otvaranja računa i slično, kao i prostorima gdje se penzioneri okupljaju radi druženja i razgovora.

Kriterijumi za uključivanje u studiju bili su starost ispitanika 65 godina i više, pripadnost ispitanika segmentu nižih penzionih prihoda, tj. da imaju penziju istu ili nižu od prosječne penzije u Republici Srpskoj, članstvo u Udruženju penzionera Republike Srpske, dobro opšte stanje, orijentisanost u vremenu, prostoru i prema licima, saglasnost za učešće u istraživanju. Kriterijumi za isključivanje bili su: ispitanici koji pripadaju razredu viših penzionih prihoda, tj. imaju penziju istu ili veću od prosječne penzije u Republici Srpskoj, ispitanici koji nisu članovi udruženja penzionera Republike Srpske, loše opšte stanje, dezorijentisanost, nemogućnost uspostavljanja adekvatne saradnje, odbijanje učešća u istraživanju. Sa svakim ispitanikom prethodno je obavljen informativni razgovor kako bi se saznalo da li pripada kategoriji nižih penzionih prihoda. Svi ispitanici koji su ispunili kriterijume uključivanja i potpisali informisani pristanak, uključeni su u studiju. Poštujući etičke zahtjeve, svi ispitanici su bili pismeno upoznati sa osnovnim ciljevima istraživanja i informacijom da će dobijeni podaci biti korišćeni isključivo u naučne svrhe, kao i da se garantuje anonimnost svih dobijenih podataka i identitet ispitanika.

Kao instrument istraživanja korišćen je anketni upitnik. Upitnik je posebno kreiran za potrebe ovog rada i prilagođen osobama starijeg životnog doba. Upitnik nije ranije standardizovan na našim prostorima, već je statističkom analizom provjerena pouzdanost skale. Finalna verzija skale pokazuje zadovoljavajuće metrijske karakteristike, a pouzdanost supskala smatra se izuzetno

dobrom s obzirom da se vrijednosti Krombahovog alfa koeficijenta kreću između 0,81 do 0,86. Instrument istraživanja konstruisan je od sljedećih elemenata:

1. *Upitnik socio-demografskih podataka.* Ovaj dio instrumenta sadrži niz pitanja sa ciljem da se utvrdi demografski i socio-ekonomski status ispitanika, a odnosi se na pol, starost, stepen obrazovanja, lokaciju stanovanja, s kim živi, bračni status i da li ima djece. Upitnik se sastoji od sedam pitanja u kojima ispitanik bira ponuđeni odgovor ili dopisuje nešto drugo.

2. *Pitanje o samoprocjeni kvaliteta života.* U ovom dijelu upitnika ispitanik ima zadatak da na skali od 1 do 10 procijeni svoj kvalitet života.

3. *Skala kvaliteta života starih osoba.* Skala je kreirana za potrebe ovog istraživanja. Prilikom kreiranja skale, krenuli smo od 20 stavki koje se odnose na različite aspekte života, da bismo nakon analize faktorske strukture i pouzdanosti skale, zadržali 14 stavki podijeljene u četiri supskale: *Zdravstveni status*, *Socijalni status*, *Socijalne potrebe* i *Finansijski status*. Ispitanici su na stavke odgovarali na trostepenoj skali, gdje su modaliteti odgovora: ne, djelimično i da.

Procedura ispunjavanja upitnika realizovana je uspješno. Anketni upitnik je uz prethodno kratko objašnjenje o načinu odgovaranja i uz potpisan informisani pristanak dat ispitaniku na ispunjavanje. Ispunjavanje upitnika bilo je anonimno i bez vremenskog ograničenja pri odgovaranju. Svakom ispitaniku je omogućena pomoć u ispunjavanju upitnika, ukoliko je bila potrebna. Anketiranje je obavljeno pod supervizijom autora istraživanja.

Postupak obrade podataka vršen je pomoću 22 SPSS paketa. U cilju ispitivanja deskriptivnih podataka uključenih varijabli urađene su frekvencije ( $f$ ) i procenti ( $\%$ ), minimalne ( $Min$ ) i maksimalne vrijednosti ( $Max$ ), aritmetička sredina ( $M$ ) i standardna devijacija ( $SD$ ). Za provjeru odnosa među pojedinim numeričkim varijablama izračunat je Pirsonov koeficijent linearne korelacije ( $r$ ), odnosno kod kategoričko-numeričkih parova Studentov t-test i jednofaktorska analiza varijanse (ANOVA) zavisno od broja kategorija varijabli. Distribucija odgovora na pojedinim

supskalama i stavkama prikazane su grafički. Kao nivo statističke značajnosti razlika uzeta je uobičajena vrijednost  $p < 0,05$ .

## Rezultati

Anketnim ispitivanjem obuhvaćeno je ukupno 159 ispitanika i to 56,6% muškaraca i 43,4% žena od kojih je veći broj ispitanika bio starosti 65–75 godina (67,3%). Kada je u pitanju nivo obrazovanja, više od polovine ispitanika (52,8%) imalo je srednje obrazovanje, 122 ispitanika živjelo je u svom vlastitom domu, većina ispitanika (40,3%) bilo je u braku i 81,1% je imalo djecu (Tabela 1).

Tabela 1. Demografska struktura ispitanika

Varijable	Kategorija	F	%
Pol	Muški	69	43,4
	Ženski	90	56,6
Dob	65 – 75	107	67,3
	76 i više	52	32,7
Obrazovanje	OŠ	33	20,8
	SSS	84	52,8
	VSS	42	26,4
	Mjesto stanovanja	Vlastiti dom	122
Dom za starije		9	5,7
Drugo		28	17,6
S kim živi	Sam/a	52	32,7
	Sa nekim drugim	100	62,9
	U domu za starije	7	4,4
Bračni status	Sam/a	16	10,1
	U braku	64	40,3
	Razveden/a	23	14,5
	Udovac/udovica	56	35,2
Djeca	Da	129	81,1
	Ne	30	18,9

Tabela 2. Pouzdanost Skale kvaliteta života

Supskala	N stavki	Kronbahov alfa
Zdravstveni status	4	0,84
Socijalni status	4	0,83
Socijalne potrebe	2	0,86
Finansijski status	4	0,81

N -broj

**Tabela 3.** Deskriptivni pokazatelji Skale kvaliteta života

Supskala	N	Min	Max	M	SD
Zdravstveni status	159	1,00	3,00	2,17	0,68
Socijalni status	159	1,00	3,00	1,93	0,60
Socijalne potrebe	159	1,00	3,00	1,91	0,72
Finansijski status	159	1,00	3,00	2,08	0,59

N - broj; SD - standardna devijacija

Nakon detaljne analize faktorske strukture i pouzdanosti skale kvaliteta, statistička analiza pokazala je zadovoljavajuće metrijske karakteristike. Vrijednosti Kronbahovog koeficijenta su visoke, kao i korelacije svih uključenih stavki sa cjelokupnom skalom (srednje ili visoke) što ukazuje da je supskala veoma dobra, tj. pouzdana i da se može pristupiti daljnjoj interpretaciji i generalizaciji rezultata (Tabela 2). U tabeli 3 prikazani su deskriptivni pokazatelji četiri supskale kvaliteta života, distribucija skorova dobijenih na ovim supskalama, njihove korelacije, kao i distribucija odgovora na pojedinačne stavke skale. Raspon vrijednosti skale bila je između 1 i 3. Teorijska srednja vrijednost iznosi 2, dok je prosječna vrijednost supskale *zdravstveni status* (M=2,17; SD=0,68) nešto viša od očekivanog prosjeka, supskala *socijalni status* (M=1,93; SD=0,60) i *socijalne potrebe* (M=1,91; SD=0,72) je nešto niža od teorijske sredine, a supskala *finansijski status* ima prosječnu vrijednost (M=2,08; SD=0,59).

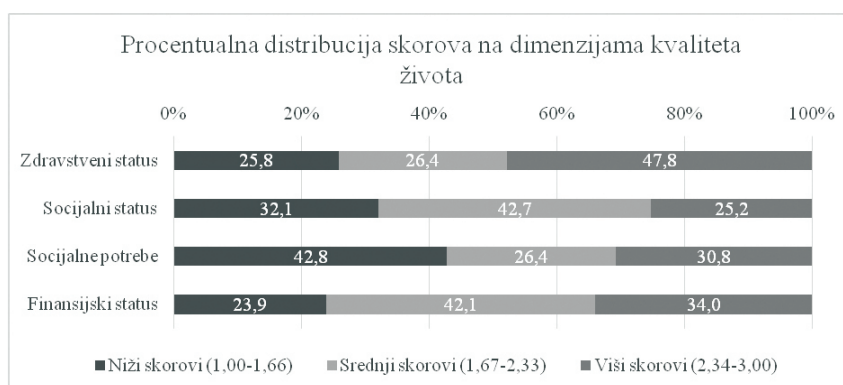
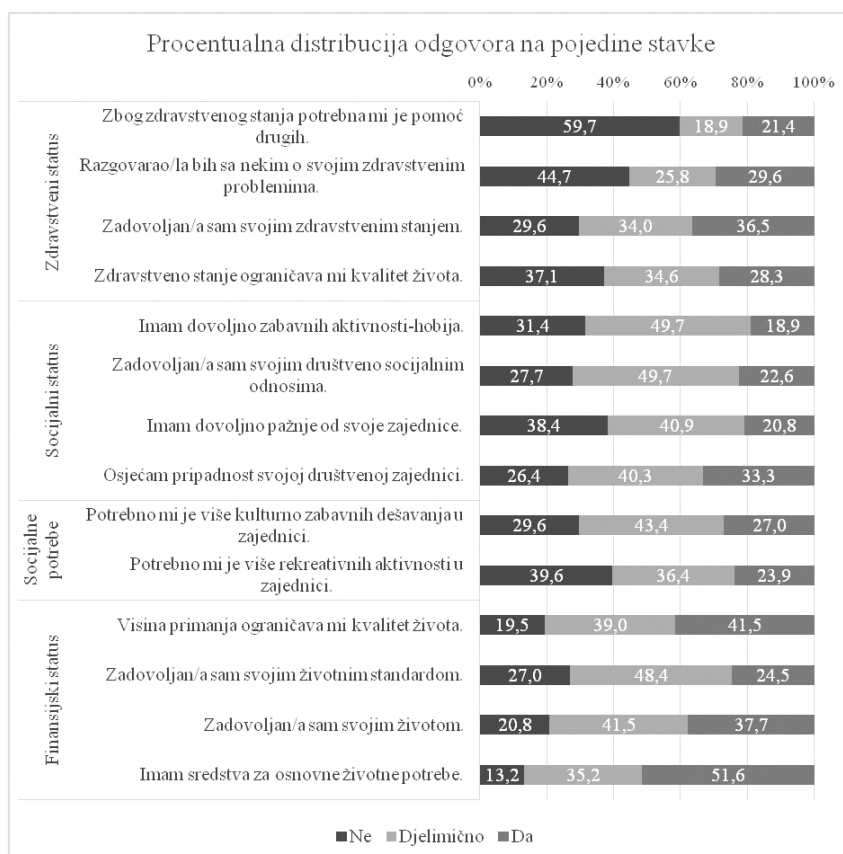
Između supskala zdravstveni status, socijalni status i finansijski status registrovane su statistički značajne pozitivne korelacije srednjeg nivoa (Tabela 4). Kod supskale socijalne potrebe su registrovane slabe ili beznačajne korelacije sa ostalim supskalama, a distribucija rezultata pri-

**Tabela 4.** Korelacija supskala unutar Skale kvaliteta života

Supskala	I	II	III	IV
I	Zdravstveni status	1	,408**	,154
II	Socijalni status		1	,231**
III	Socijalne potrebe			1
IV	Finansijski status			

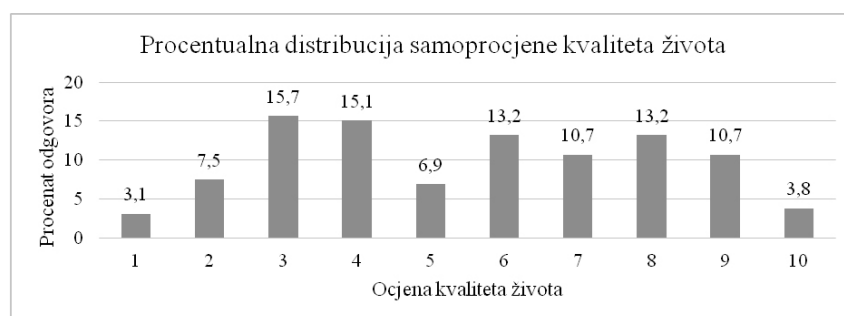
\*\* statistički značajno na nivou  $p < 0,01$

kazana je i grafički. Raspon skale je podijeljen na tri jednaka dijela, a skorovi su grupisani u niže (1 - 1,66), srednje (1,67 - 2,33) i više vrijednosti

**Grafikon 1.** Procentualna distribucija skorova na supskalama Skale kvaliteta života**Grafikon 2.** Procentualna distribucija odgovora na stavke Skale kvaliteta života

koje govore o izraženijem aspektu života koji se posmatra (2,34 - 3) (Grafikon 1). Kod procentualne distribucije odgovora na pojedine stavke na grafikonu 2 prikazani su dobijeni rezultati. Kod većeg broja ispitanika (59,7%) uočena je pomoć drugih osoba zbog narušenog zdravstvenog stanja ispitanika. Slični rezultati su dobijeni i po pitanju socijalnog statusa, jer samo 26,4% ispitanika osjeća pripadnost društvenoj zajednici. Distribucija socijalnih potreba je nezadovoljavajuća, za preko 50% ispitanika je potrebno više rekreativnih i kulturno zabavnih dešavanja u zajednici. Distribucija finansijskog statusa ispitanika značajno utiče na kvalitet života starih osoba, kod 41,5% ispitanika visina primanja ograničava kvalitet života. Raspon skale (samoprocjena kvaliteta života) je od 1 do 10, a srednja vrijednost je 5,50. Prosječan rezultat ispitanika za Skalu samoprocjene kvaliteta života je na teorijskoj sredini ( $M = 5,54$ ,  $SD = 2,47$ ) što ukazuje da je distribucija dobijenih

ocjena kvaliteta života simetrična (Grafikon 3). Pomoću analize varijanse pronađena je statistički značajna razlika u izraženosti svih supskala kvaliteta života u odnosu na stepen obrazovanja ispitanika, jer su prosječne vrijednosti svih supskala kvaliteta života više kod ispitanika sa višim stepenom obrazovanja  $p < 0,05$  (Tabela 5). Ispitanici sa visokom stručnom spremom imaju statistički značajno više skorove na supskalama zdravstveni, socijalni i finansijski status u odnosu na niži stepen obrazovanja. Rezultati primijenjene jednofaktorske analize varijanse sugeriraju da postoje statistički značajne razlike u izraženosti supskale finansijski status u odnosu na tip stanovanja ispitanika ( $F=4,76$ ;  $df=2$ ), dok za ostale supskale nisu utvrđene statistički značajne razlike (Tabela 6). U tabeli 7 prikazani su rezultati supskale kvaliteta života u odnosu na bračni status ispitanika. Kada je u pitanju *zdravstveni status* ispitanika pronađena je statistički značajna



Grafikon 3. Procentualna distribucija samoprocjene kvaliteta života

Tabela 5. Vrijednosti supskala kvaliteta života u odnosu na obrazovanje

Supskala	Obrazovanje	N	M	SD	F	df	p
Zdravstveni status	OŠ	33	2,05	0,62	4,94	2	,008**
	SSS	84	2,08	0,67			
	VSS	42	2,45	0,66			
Socijalni status	OŠ	33	1,76	0,62	7,68	2	,001**
	SSS	84	1,85	0,55			
	VSS	42	2,22	0,58			
Socijalne potrebe	OŠ	33	1,65	0,79	3,29	2	,040*
	SSS	84	1,93	0,71			
	VSS	42	2,07	0,67			
Finansijski status	OŠ	33	1,84	0,63	14,01	2	,000**
	SSS	84	1,99	0,53			
	VSS	42	2,45	0,49			

\*\* statistički značajno na nivou  $p < 0,01$

\* statistički značajno na nivou  $p < 0,05$

**Tabela 6.** Vrijednosti supskala kvaliteta života u odnosu na stanovanje

Supskala	Stanovanje	N	M	SD	F	df	P
Zdravstveni status	Vlastiti dom	122	2,23	0,69	2,07	2	,129
	Dom za starije	9	1,86	0,67			
	Drugo	28	2,03	0,59			
Socijalni status	Vlastiti dom	122	1,94	0,61	0,21	2	,813
	Dom za starije	9	1,83	0,54			
	Drugo	28	1,89	0,59			
Socijalne potrebe	Vlastiti dom	122	1,98	0,75	2,80	2	,064
	Dom za starije	9	1,56	0,46			
	Drugo	28	1,71	0,63			
Finansijski status	Vlastiti dom	122	2,14	0,58	4,76	2	,010*
	Dom za starije	9	2,22	0,62			
	Drugo	28	1,78	0,51			

\* statistički značajno na nivou  $p < 0,05$ **Tabela 7.** Vrijednosti supskala kvaliteta života u odnosu na bračni status

Supskala	Bračni status	N	M	SD	F	Df	P
Zdravstveni status	Sam/a	16	2,00	0,71	2,96	3	,034*
	U braku	64	2,34	0,67			
	Razveden/a	23	2,22	0,62			
	Udovac/udovica	56	2,01	0,66			
Socijalni status	Sam/a	16	1,88	0,58	1,56	3	,201
	U braku	64	2,02	0,59			
	Razveden/a	23	2,01	0,62			
	Udovac/udovica	56	1,80	0,59			
Socijalne potrebe	Sam/a	16	1,66	0,65	2,05	3	,110
	U braku	64	2,07	0,75			
	Razveden/a	23	1,87	0,61			
	Udovac/udovica	56	1,82	0,74			
Finansijski status	Sam/a	16	2,03	0,60	2,32	3	,077
	U braku	64	2,22	0,58			
	Razveden/a	23	1,99	0,65			
	Udovac/udovica	56	1,96	0,54			

\* statistički značajno na nivou  $p < 0,05$ **Tabela 8.** Vrijednosti supskala kvaliteta života u odnosu na to imaju li ispitanici djece

Supskala	Djeca	N	M	SD	t	Df	P
Zdravstveni status	Da	129	2,22	0,67	2,03	157	,044*
	Ne	30	1,95	0,66			
Socijalni status	Da	129	1,95	0,62	0,72	157	,472
	Ne	30	1,86	0,50			
Socijalne potrebe	Da	129	1,91	0,71	-0,04	157	,969
	Ne	30	1,92	0,80			
Finansijski status	Da	129	2,12	0,57	2,03	157	,044*
	Ne	30	1,88	0,65			

\* statistički značajno na nivou  $p < 0,05$

razlika u odnosu na bračni status ( $p < 0,05$ ), dok za ostale supskale nisu utvrđene statistički značajne razlike. Rezultati t-testa sugeriraju da postoji statistički značajna razlika u izraženosti supskala *zdravstveni status* i finansijski status u odnosu na to da li ispitanici imaju djece ili ne ( $t=2,03$ ;  $p < 0,05$ ) (Tabela 8).

## Diskusija

Samoprocjena zdravstvenog stanja i kvaliteta života je sastavni dio populacijskih studija zdravlja širom svijeta. Brz rast starije populacije i neprestana erozija tradicionalne njege starijih osoba vremenom su uticali na porodičnu strukturu, jer sve veći broj starih žive sami bez pomoći porodice, djece. Podaci o načinu života i socijalnim faktorima rasvjetljavaju njihov uticaj na zdravlje i razvoj funkcionalnih oštećenja. U savremenom shvatanju zdravlja i bolesti ističe se funkcionalna sposobnost kao skup različitih bioloških, psiholoških i socijalnih kapaciteta koji moraju biti objedinjeni da bi pojedinac mogao da obavlja aktivnosti koje su neophodne da bi se osiguralo blagostanje [9].

Naše istraživanje dalo je jasne rezultate koji pokazuju da samoprocjena kvaliteta života stoji u značajnoj pozitivnoj korelaciji sa svim supskalama Skale kvaliteta života. Najviša korelacija je utvrđena sa supskalom finansijski status ( $r = ,810$ ,  $p < 0,01$ ), što govori o činjenici da postoji snažna tendencija da osobe koje pozitivno procjenjuju svoj finansijski status, imaju i pozitivnu samoprocjenu kvaliteta života. Rezultati sugeriraju da ne postoje statistički značajna razlika kvaliteta života u odnosu na pol i starost ispitanika, ali da postoji statistički značajna razlika u izraženosti svih drugih supskala kvaliteta života u odnosu na stepen obrazovanja ispitanika.

Kod ispitanika koji žive u domu za stare evidentirane su najniže vrijednosti *zdravstveno-socijalnog statusa* i *socijalnih potreba*, dok su najviše vrijednosti svih ovih supskala registrovane kod onih koji žive u vlastitom domu. Uslovi u kojima stare osobe žive i borave itekako imaju uticaja na njihovo cjelokupno zdravstveno stanje, te se na taj način dobija cjelokupna slika o njihovom socijalno-ekonomskom statusu. Osnovni zadatak u procjeni socijalnih izvora jeste ispitati

prisustvo kontakata stare osobe sa porodicom i prijateljima. Savremeni način života dovodi do nedostatka komunikacije starih osoba sa članovima porodice i prijateljima. Usljed toga, dolazi do gubljenja autoriteta, autonomije i izolovanosti. Procjena socijalnih izvora omogućava da se dobije kompletnija slika o porodici koja obezbjeđuje kontinuitet zaštite, pa se lakše postavlja dijagnoza i efekti liječenja su mnogo bolji, a sam oporavak pacijenta brži. Porodica u kojoj vlada harmonija, međusobno uvažavanje i sklad predstavlja najsigurniju i najbolju instituciju za kvalitetan život [10].

Istraživanje pokazuje da postoje statistički značajne razlike u izraženosti supskale *zdravstveni status* u odnosu na to s kim ispitanici žive, dok za ostale supskale nisu utvrđene statistički značajne razlike. Ispitanici koji su bili u braku imaju u prosjeku značajno više skorove za *zdravstveni status* od ispitanika koju su u statusu udovca ili udovice. Razlika između ispitanika koji su u braku i onih koji su samci je na margini statističke značajnosti, ali značajnost nije registrovana zbog relativno manjeg broja ispitanika u kategoriji samaca, pa možemo pretpostaviti da bi kod većeg uzorka i ova razlika dostigla statističku značajnost. Promjene koje donosi proces starenja, kao što su odlazak u penziju, funkcionalna nesposobnost, povećani rizici od bolesti, finansijska zavisnost, socijalna isključenost i gubitak bliskih osoba rezultiraju potrebom starijih ljudi za podrškom porodice i zajednice. Socijalna podrška značajno umanjuje doživljaj usamljenosti starijih osoba, te istovremeno potiče veće zadovoljstvo životom [11].

Naši rezultati sugeriraju da postoji statistički značajna razlika u izraženosti supskala *zdravstveni* i *finansijski status* u odnosu na to da li ispitanici imaju djece ili ne. Naime, kod ispitanika koji imaju djecu pomenute supskale u prosjeku imaju više skorove u odnosu na ispitanike koji nemaju djecu. Bračna veza je primarni izvor emocionalne, instrumentalne i informacijske podrške i brige za sve stare osobe koje su u braku. Stare osobe koje su zadovoljne domom i činjenicom da starost provode u domu iskazuju veće zadovoljstvo svim pruženim uslugama. Zadovoljstvo životom je bitan indikator kvaliteta života po jačini veze sa indikatorima zadovoljstva svih potrebnih

uslova na mjestu boravka [11, 12]. Naši rezultati su u skladu sa drugim sprovedenim studijama koje su potvrdile pretpostavku da osobe koje su zadovoljnije postignućima tokom života su zadovoljnije i srećnije tokom starosti [13]. Osobe koje svoje zdravlje procjenjuju boljim, koje imaju očuvane funkcionalne sposobnosti u izvođenju svakodnevnih i instrumentalnih aktivnosti, imaju bolji kvalitet života [14].

Naše istraživanje, kao i mnoge druge studije, ukazuje na činjenicu da je četvrti aspekt koncepta kvaliteta života, finansijski status, povezan s uslugom druženja i socijalnim aktivnostima [15, 16]. Osobe koje su bile u dobroj finansijskoj situaciji su zadovoljne kvalitetom života, druženjem i socijalnim aktivnostima. Istraživanje je pokazalo da je mjesto stanovanja determinanta koja pravi razliku u postojanju zdravstvenog i socijalnog statusa, ali i socijalnih potreba. Socijalno funkcionisanje je uslovljeno i bračnim statusom, što može ukazivati da smo socijalni onoliko koliko je naša ličnost sklona tome. Kako se broj starijih pacijenata sa multimorbiditetom ubrzano povećava u svijetu, porodične prakse postaju zauzete, prebacujući integrativni pristup usmjeren na pacijenta na pristup zasnovan na bolesti. Vremenska ograničenja posljedično utiču na kvalitet zdravstvenih usluga u pogledu savjetovanja starijih osoba o ishrani i fizičkoj aktivnosti [17]. Manje od 15% starijih osoba u Bosni i Hercegovini ima fizički aktivan životni stil [18], dok samo nekoliko njih dobije savjet o specifičnim režimima vježbanja prilagođenim njihovoj ukupnoj procjeni zdravlja. Naši rezultati sugerišu da će proces starenja nametnuti mnoga pitanja vezana za cjelokupno zdravlje i opšte blagostanje, pa je važno da stare osobe imaju veoma aktivan i kvalitetan sopstveni život. Kao implikacija ovog rada pro-

izilazi potreba za većim brojem istraživanja koja će biti usmjerena na identifikovanje razloga kao i načina djelovanja, podsticanja i podrške u oblasti socijalnih potreba starih osoba. Poznato je da su fizička neaktivnost, loš socijalni i finansijski status, jedni od vodećih faktora zdravstvenog rizika koji utiču na kvalitet života starih osoba i glavni su uzrok narušenog blagostanja, što vodi ka nastanku mnogobrojnih oboljenja, a to sve u velikoj mjeri negativno utiče na subjektivno i objektivno zdravlje osoba u trećem životnom dobu sa mnogobrojnim posljedicama [19, 20]. Iz tog razloga neophodno je dodatno raditi na socijalnoj interakciji kroz opštinske programe (sportske aktivnosti, kulturno-zabavne aktivnosti, pohađanje različitih kurseva, joga i sl.) što ne mora da iziskuje velika materijalna ulaganja društveno političke zajednice.

## Zaključak

Ovo istraživanje je doprinos upoznavanja javnosti o potrebama za adekvatnijom zdravstvenom zaštitom, ali i pravovremenom procjenom kvaliteta života starih osoba i njihovih socijalnih potreba. Finansijski status značajno utiče na kvalitet života starih osoba, a distribucija socijalnih potreba je nezadovoljavajuća. Za više od 50% naših ispitanika potrebno je značajnije učešće u rekreativnim i kulturno zabavnim dešavanjima u zajednici. Nivo obrazovanja znatno utiče na kvalitet života, jer ispitanici sa visokom stručnom spremom imaju bolji zdravstveni, socijalni i finansijski status u odnosu na stare osobe sa nižim stepenom obrazovanja.

Socijalna inetrakcija u porodici, okruženju i institucijama povezana je sa kvalitetom života korisnika u domovima za smještaj i negu starih lica.

**Izvor finansiranja.** Autori nisu dobili sredstva namijenjena ovom istraživanju.

**Etičko odobrenje.** Etički odbor Udruženja penzionera u Banjoj Luci odobrio je studiju, a svi ispitanici su dali svoju saglasnost za učešće u studiji. Istraživanje je sprovedeno u skladu sa Helsinškom deklaracijom.

**Sukob interesa.** Autori izjavljuju da nemaju sukob interesa.

**Funding source.** The authors received no specific funding for this work.

**Ethical approval.** The Ethics the Committee of the Pensioners' Association of Banjaluka, Republic of Srpska approved the study and informed consent was obtained from all individual respondents. The research was conducted according to the Declaration of Helsinki.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.



## Literatura:

1. Istraživanje riziko faktora nezaraznih bolesti u Federaciji Bosne i Hercegovine 2002. Sarajevo-Mostar: Zavod za javno zdravstvo FBiH; 2002.
2. WHO. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Rosenthal RA, Kavic SM. Assessment and management of the geriatric patient. *Crit Care Med* 2004;32(4):92-105.
4. Pavlović J, Joković S, Hadživuković N, Vilotić S, Đević R. Nutritivni status kod starih osoba. *Biomedicinska istraživanja* 2017;8(1):83-89.
5. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569-85.
6. Whalley D, McKenna SP. Measuring Quality of life in patients with depression or anxiety. In: Spilker B, ed. *Quality of life assessment*. London: Adis Bookshop; 1998.
7. Ware E, Gandek B. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health* 1994;23(2):49-73.
8. Milosavljević N. *Gerontologija. U: Starenje i starost*. Medicinski fakultet u Novom Sadu. Novi Sad, 1999.
9. Zhang Y, Yeager VA, Hou S. The Impact of Community-Based Supports and Services on Quality of Life Among the Elderly in China: A Longitudinal Study. *J Appl Gerontol* 2018;37(10):1244-69.
10. Comisso E, McGilton KS, Ayala AP, Anrew MK, Bergman H, Beaudet L, et al. Identifying and understanding the health and social care needs of older adults with multiple chronic conditions and their caregivers: a protocol for a scoping review. *BMJ Open* 2017;7(12):e018247.
11. Dolovich L, Oliver D, Lamarche L, Thabane L, Valaitis R, Agarwal G, et al. Combining volunteers and primary care teamwork to support health goals and needs of older adults: a pragmatic randomized controlled trial. *CMAJ* 2019;191(18):e491-500.
12. Wagner M, Rietz C, Kaspar R, Janhsen A, Geithner L, Neise M, et al. Quality of life of the very old : Survey on quality of life and subjective well-being of the very old in North Rhine-Westphalia (NRW80+). *Lebensqualität von Hochaltrigen: Studie zu Lebensqualität und subjektivem Wohlbefinden hochaltriger Menschen in Nordrhein-Westfalen (NRW80+)*. *Z Gerontol Geriatr* 2018;5(12):193-99.
13. Gandarillas MÁ, Goswami N. Merging current health care trends: innovative perspective in aging care. *Clin Interv Aging* 2018;13:2083-95.
14. Animasahun VJ, Chapman HJ. Psychosocial health challenges of the elderly in Nigeria: a narrative review. *Afr Health Sci* 2017;17(2):575-83.
15. Prazeres F, Santiago L. Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2016;14(1):156.
16. Pavlović J, Račić M, Ivković N. Comparison of Nutritional Status Between Nursing Home Residents and Community Dwelling Older Adults: a Cross-Sectional Study from Bosnia and Herzegovina. *Mater Sociomed* 2019;31(1):19-24.
17. Chen Y, Hicks A, While AE. Loneliness and social support of older people in China: A systematic literature review. *Health and Social Care in the Community* 2014; 22:113-23.
18. Guruge S, Birpreet B, Samuels-Dennis JA. Health status and health determinants of older immigrant women in Canada: a scoping review. *J Aging Res* 2015:1-12.
19. Martinez J, Henderson D, Marti T, Contel JC. Benchmarking integrated health and social care information systems in Europe. *Int J Integr Care* 2016;16(6):A237.
20. Wang MW, Huang YY. Evaluating family function in caring for a geriatric group: Family APGAR applied for older adults by home care nurses. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16:716-21.

## Correlation between subjective well-being and quality of life in elderly

Nataša Egeljić-Mihailović<sup>1,3</sup>, Jelena Pavlović<sup>2</sup>, Duška Jović<sup>3</sup>, Darija Knežević<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University Clinical Center of the Republic of Srpska, Banja Luka, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

<sup>2</sup>University of East Sarajevo, Faculty of Medicine, Foca, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

<sup>3</sup>University of Banja Luka, Faculty of Medicine, Banja Luka, The Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

**Introduction.** The aim of the study was to examine the correlation between subjective well-being and quality of life of the elderly in relation to their demographic characteristics, health, social and financial status.

**Methods.** The study sample was comprised of 159 subjects of both sexes and of older age. The respondents underwent research in Banja Luka in the premises of the Association of Pensioners of the Republic of Srpska, senior citizens' clubs when coming to some of financial institutions to get help, to open bank accounts etc., as well as in the premises where pensioners gather to socialize and communicate. The survey questionnaire developed for the purpose of the paper and adapted to this population was used in the study. The survey questionnaire consisted of the following elements: sociodemographic data, self-assessment concerning the quality of life and Quality of Life Scale for the Elderly.

**Results.** The study included a total of 159 subjects, 56.6% males and 43.4% females, of whom the majority were 65-75 years old (67.3%). The average health status ( $M = 2.17$ ;  $SD = 0.68$ ) was higher than the expected value, while the social status ( $M = 1.93$ ;  $SD = 0.60$ ) and the social needs ( $M = 1.91$ ;  $SD = 0.72$ ) were slightly lower compared to theoretical mean. Furthermore, the financial status had an average value ( $M = 2.08$ ;  $SD = 0.59$ ). The distribution of social needs was unsatisfactory. The obtained value of the Self-Perceived Quality of Life Scale was within the range of the theoretical mean values ( $M = 5.54$ ,  $SD = 2.47$ ), indicating that the distribution of the obtained quality of life values was symmetrical.

**Conclusion.** Financial status significantly affects the quality of life of the elderly. The distribution of social needs is unsatisfactory. The level of education significantly affects the quality of life: highly educated respondents have a better health, social and financial status compared to the elderly with a lower level of education.

**Keywords:** quality of life, elderly, assessment, financial status, social needs