



UNIVERZITET U SARAJEVU  
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA  
ODSJEK SOCIJALNI RAD

**SOCIJALNI POLOZAJ I POTREBE PENZIONERA  
NA PODRUCJU OPCINE TRNOVO**

Kandidat: Sanela Somo  
331/II-SW

Mentorica: Prof. dr. Suada Buljubašić

Sarajevo, mart, 2021. godine



UNIVERZITET U SARAJEVU  
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA  
ODSJEK SOCIJALNI RAD

SOCIJALNI POLOŽAJ I POTREBE PENZIONERA NA  
PODRUČJU OPĆINE TRNOVO

Kandidat: Sanela Somo  
331/II-SW

Mentorica: Prof. dr. Suada Buljubašić

Sarajevo, mart, 2021. godine

# SADRŽAJ

UVOD .....	7
1. TEORIJSKO – METODOLOŠKI OKVIR RADA.....	9
1.1. Problem i predmet istraživanja .....	9
1.2. Teorijska osnova istraživanja .....	9
1.3. Ciljevi istraživanja .....	10
1.4. Sistem hipoteza.....	10
1.5. Metode istraživanja .....	11
1.6. Vremensko i prostorno određenje predmeta istraživanja.....	11
2. STARENJE I STAROST .....	12
2.1. Općenito o pojmu starenja i starosti .....	12
2.2. Teorije starenja .....	15
2.3. Karakteristike starosti i starenja .....	17
2.4. Stavovi i predrasude o starenju i starosti .....	19
3. PSIHOLOŠKA GERONTOLOGIJA.....	22
3.1. Ispitivanje psihičkih promjena u funkciji dobi .....	23
3.2. Psihološke promjene u starosti.....	25
3.2.1. Senzorne sposobnosti .....	26
3.2.2. Motoričke sposobnosti .....	27
3.2.3. Intelektualne sposobnosti.....	28
3.2.4. Emocije .....	33
3.3. Reakcije na psihičke promjene i staračku dob .....	35
4. KVALITET ŽIVOTA I KVALITET ZDRAVLJA .....	37

4.1. Razvoj koncepta kvalitete života .....	38
4.2. Kvaliteta života opće populacije .....	38
4.3. Mjerenje kvaliteta života .....	40
4.4. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije .....	41
4.5. Zadovoljstvo životom u trećoj životnoj dobi .....	42
<b>5. SOCIJALNI POLOŽAJ I POTREBE PENZIONERA NA PODRUČJU OPĆINE TRNOVO .....</b>	<b>44</b>
5.1. Opšti podaci o općini .....	44
Slika 1. Karta općine Trnovo .....	44
Slika 2. Prikaz mjesnih zajednica općine Trnovo .....	45
5.2. Kratak historijat općine .....	45
5.3. Opšti podaci o stanovništvu .....	47
5.4. Društveni razvoj (stanovništvo, obrazovanje i kvalitet života) .....	48
5.5. Ispitivanje kvalitete života, socijalnog položaja i potreba penzionera na području općine Trnovo .....	49
5.6. Rezultati i analiza ankete .....	50
Tabela 1. Kako biste procijenili kvalitet svog života? .....	50
Grafikon 1. Kako biste procijenili kvalitet svog života? .....	50
Tabela 2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? .....	51
Grafikon 2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? .....	51
Tabela 3. Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza? .....	52
Grafikon 3. Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza? .....	52
Tabela 4. Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman? ..	53
Grafikon 4. Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?	
Tabela 5. Koliko uživate u životu? .....	54
Grafikon 5. Koliko uživate u životu? .....	54
Tabela 6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla? .....	55
Grafikon 6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla? .....	55
Tabela 7. Koliko se dobro možete koncentrirati? .....	56
Grafikon 7. Koliko se dobro možete koncentrirati? .....	56
Tabela 8. Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu? .....	57

<b>Grafikon 8. Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?</b> .....	57
<b>Tabela 9. Koliko je zdrav Vaš okoliš?</b> .....	58
<b>Grafikon 9. Koliko je zdrav Vaš okoliš?</b> .....	58
<b>Tabela 10. Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?</b> .....	59
<b>Grafikon 10. Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?</b> .....	59
<b>Tabela 11. Možete li prihvati svoj tjelesni izgled?</b> .....	60
<b>Grafikon 11. Možete li prihvati svoj tjelesni izgled?</b> .....	60
<b>Tabela 12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?</b> .....	61
Grafikon 12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba? .....	61
<b>Tabela 13. Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?</b> .....	62
<b>Grafikon 13. Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?</b> .....	62
<b>Tabela 14. Imate li prilike za rekreaciju?</b> .....	63
<b>Grafikon 14. Imate li prilike za rekreaciju?</b> .....	63
<b>Tabela 15. Koliko se možete kretati uokolo?</b> .....	64
<b>Grafikon 15. Koliko se možete kretati uokolo?</b> .....	64
<b>Tabela 16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?</b> .....	65
<b>Grafikon 16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?</b> .....	65
<b>Tabela 17. Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?</b> .....	66
<b>Grafikon 17. Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?</b> .....	66
<b>Tabela 18. Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?</b> .....	67
<b>Grafikon 18. Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?</b> .....	67
<b>Tabela 19. Koliko ste zadovoljni sobom?</b> .....	68
<b>Grafikon 19. Koliko ste zadovoljni sobom?</b> .....	68
<b>Tabela 20. Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?</b> .....	69
<b>Grafikon 20. Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?</b> .....	69
<b>Tabela 21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?</b> .....	70
<b>Grafikon 21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?</b> .....	70
<b>Tabela 22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?</b> .....	71
<b>Grafikon 22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?</b> .....	71
<b>Tabela 23. Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?</b> .....	72

<b>Grafikon 23. Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?.....</b>	<b>72</b>
<b>Tabela 24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga? .....</b>	<b>73</b>
<b>Grafikon 24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?.....</b>	<b>73</b>
<b>Tabela 25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?.....</b>	<b>74</b>
<b>Grafikon 25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?.....</b>	<b>74</b>
<b>Tabela 26. Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost? .....</b>	<b>75</b>
<b>Grafikon 26. Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost? .....</b>	<b>75</b>
<b>6. DISKUSIJA .....</b>	<b>76</b>
<b>7. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA.....</b>	<b>78</b>
<b>8. POPIS SLIKA, TABELA I GRAFIKONA.....</b>	<b>833</b>
<b>9. LITERATURA.....</b>	<b>855</b>
<b>BIOGRAFIJA .....</b>	<b>87</b>

## UVOD

Starenje je normalna fiziološka pojava, odnosno proces koji traje čitav život i u kojem čovjek doživljava stalne biološke, psihološke i socijalne promjene, dok je starost stanje vezano uz određenu životnu dob. Kalendarski starost je određena s dobi od 65 godina života, to je pojava koja nije istovjetana za sve ljudе, svaka osoba različitostari na šta mogu uticati razne razlike u načinu i brzini uvjetovane nasljednim osobinama, kvalitetom života, nazočnošću različitih rizičnih faktora i bolesti, što znači da postoje velike individualne varijacije zavisno od osobe do osobe.

Međutim to je neizbjegna pojava koja se prirodno odvija kod svih živih bića, neprekidnog trajanja i kao normalan slijed okolnosti, čovjek kako stari tako se mijenja kako sa biološkog tako i sa psihološkog i socijološkog aspekta.

Već je dugi niz godina kvaliteta života u središtu zanimanja brojnih istraživača i znanstvenika, a i jedna je od tema koja prožima život svakog čovjeka. Historijski gledajući, definicije i mjerjenja kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale. Iz sfere ekonomskih istraživanja kvaliteta života je s vremenom postala predmet interesa socioloških pa i psiholoških istraživanja.

Danas je jasno da je kvaliteta života sveukupno blagostanje na koje utječu objektivni pokazatelji, a veliki udio ima i subjektivna percepcija te vrednovanje tjelesnog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, osobni razvoj i svrhovita aktivnost. Sve spomenuto pod utjecajem je osobnih vrijednosti pojedinca (Felce i Perry, 1993; prema Vuletić, 2004). Krizmanić i Kolesarić (1989) definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njenog specifičnog životnog iskustva.

Međutim, istraživanja su pokazala da objektivni i subjektivni faktori nisu linearno povezani. U situaciji loših socijalnih uvjeta života, poboljšanjem uvjeta povećat će se i subjektivna percepcija zadovoljstva životom, ali na određenom nivou ta se povezanost gubi.<sup>1</sup> Ukoliko su zadovoljene osnovne životne potrebe pojedinca, povećanje materijalnog bogatstva neće značajno utjecati na subjektivnu mjeru kvalitete života.

---

<sup>1</sup> Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research.

Kada se opisuju procjene koje ljudi daju o svom životu potrebno je imati na umu moguće terminološke poteškoće. Često se koriste termini kvaliteta života, subjektivna kvaliteta života, zadovoljstvo životom i sl., no pitanje je jesu li ovo sinonimi istog koncepta. U stranoj literaturi<sup>2</sup> uvriježen je termin kvaliteta života, iako se zapravo mjeri subjektivno zadovoljstvo životom u cjelini ili njegovim pojedinim aspektima.

---

<sup>2</sup> Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research.

# **1. TEORIJSKO – METODOLOŠKI OKVIR RADA**

## **1.1. Problem i predmet istraživanja**

Istraživanje studiozno elaborira trenutno stanje i položaj starih osoba u BiH, na području općine Trnovo koje su u velikoj mjeri izložene riziku siromaštva i dovedene na granicu socijalne isključenosti.

Materijalni i socijalni položaj penzionera se sve više pogoršava, što je sa jedne strane uslovljeno vladinom politikom prema ovoj kategoriji i njenim postupanjem sa novcem iz penzionog fonda, a sa druge strane negativnim uticajem ekonomске krize na materijalni status penzenera.

Niske penzije, reforme socijalnog i zdravstvenog sistema dovele su do toga da su osobe treće životne dobi postale siromašne i socijalno ranjive. S obzirom na navedeno, predmet istraživanja odnosi se na socijalni položaj i potrebe penzionera na području općine Trnovo.

## **1.2. Teorijska osnova istraživanja**

Teorijsku osnovu ovog istraživanja čine saznanja iz nauke i struke o problemu i predmetu ovog istražvinaja. Istraživanje se baziralo na postojećim teorijskim saznanjima o socijalnom položaju i potrebama penzionera. Po kriteriju pripadanja ovo istraživanje pripada društvenim naukama. Ono je teorijsko-empirijsko jer istovremeno obuhvata naučnu teoriju i društvenu stvarnost.

Riječ je o intradisciplinarnom istraživanju, tj. sprovedeno je u okviru nauke o socijalnom radu sa osloncem na saznanja iz drugih nauka kao što su: sociologija, pedagogija, psihologija, pravo i sl.

### **1.3. Ciljevi istraživanja**

U prvom redu primjenjena je naučna deskripciju na osnovu čega su se opisale potrebe i položaj penzionera. Sljedeći cilj istraživanja je naučna klasifikacija i tipologizacija kojom se predmet istraživanja grupisao i razvrstao u određene cjeline.

Cilj ovog rada je širenje spoznaje o socijalnom položaju i potrebama penzionera. Takođe, cilj istraživanja je dobivanje pokazatelja o tome koje potrebe penzionera su najmanja zastupljene, a na osnovu kojih će biti predložene mjere u pravcu zadovoljavanja ove pojave.

### **1.4. Sistem hipoteza**

**Generalna hipoteza:** Socijalni položaj penzionera je loš, a mjesecni prihodi starijih osoba ne zadovoljavaju osnovne životne potrebe.

**PH1:** Mjesecni prihodi starijih osoba pokrivaju osnovne životne potrebe.

**PH2:** Potrebna je adekvatna društvena briga i podrška starijim osobama. Zdravstvene institucije nisu dovoljno opremljene i ne zadovoljavaju potrebe starijih građana.

**PH3:** Osobe treće životne dobi su izložene različitim oblicima nasilja.

**PH4:** Nedostatak obrazovanja i neinformisanosti starijih osoba ima negativan utjecaj na kvalitet i zdravlje.

**PH5:** Društvo ne omogućava penzionerima da budu aktivni članovi zajednice.

## **1.5. Metode istraživanja**

Obzirom da je istraživanje teorijsko-empirijskog karaktera predviđena je zastupljenost osnovni analitičko-sintetičkih metoda, sa posebnim naglaskom na analizu i sintezu. Pored osnovnih metoda koristiće se i opšteanučne metode, kao i metode pribavljanja podataka, a neke od njih su sljedeće: hipotetičko-deduktivna metoda, statistička metoda, komparativna metoda, historijska metoda, metoda analize (sadržaja) dokumenata, metoda ispitivanja u okviru koje će se koristiti tehnika anketa, odnosno instrument anketni upitnik.

Uzorak istraživanja čine stanovnici treće životne dobi na području općine Trnovo. Pri tome se vodilo računa o proporcionalnoj zastupljenosti ispitanika s obzirom na spolnu pripadnost.

## **1.6. Vremensko i prostorno određenje predmeta istraživanja**

Predmet istraživanja obuhvatilo je razdoblje do jula 2019 godine. Istaživanje je provedeno na području općine Trnovo, Federacija Bosne i Hercegovine.

## **2. STARENJE I STAROST**

Starenje je neodvojivi dio ljudskog života i ljudske prirode, pa su i prva razmišljanja o toj pojavi stara koliko i čovječanstvo. Najstarija tumačenja o starenju sadržana su u mitovima koji potiču iz pradavnih vremena, a koji su ljudima pomagali da lakše prihvate misterij starenja. Prema tim mitovima prvi ljudi su živjeli veoma dugo, nekoliko stotina godina. Mit o podmlađivanju također potiče iz pradavnih vremena, a u srednjem vijeku postaje opsesijom alhemičara koji su nastojali otkriti eliksir života, fontanu mladosti i kamen mudraca. Tragove ovih mitova nalazimo i danas, a naročito mit o pomlađivanju. Razmatranje problema starenja mogu se naći i u dalekoj prošlosti kod filozofa, teoretičara, pisaca, pjesnika i slikara antičke Grčke, Rima, Kine i Indije.<sup>3</sup>

### **2.1. Općenito o pojmu starenja i starosti**

Prvi pokušaji da se naučnom metodom objasni proces starenja pojavili su se u 17. vijeku, a jedan od prvih istraživača bio je Francis Bacon, koji je tvrdio da se pomoću sistematskog opažanja mogu otkriti uzroci starosti. Pravi uspon u razvoju istraživanja starenja i starosti nastupio je četrdesetih godina 20. vijeka, kada se u Evropi i Americi razvijaju instituti za gerontološka istraživanja, gerontološka udruženja, te Odsjek za zrelost i starost Američkog psihološkog udruženja. Osim naučne znatiželje glavni razlog razvoja istraživanja starenja je i nagli porast udjela starijih osoba u stanovništvu razvijenih zemalja. Starenje stanovništva predstavlja nove zahtjeve za organizaciju društva s obzirom na specifične potrebe starijih osoba, posebno u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti. Budući da su se istraživanja starenja provodila u različitim područjima nauke - medicini, biologiji, sociologiji, psihologiji itd., javila se potreba okupljanja rezultata tih istraživanja u jednoj naučnoj disciplini radi sveobuhvatnog pristupa proučavanju starenja. Tako je nastala gerontologija kao interdisciplinarna nauka koja proučava biološke, psihološke, socijalne i druge promjene u procesu starenja i starosti.<sup>4</sup>

Definirati starenje nije nimalo jednostavno, jer još uvijek ne postoji naučno dokazan odgovor o biti starenja. Starenje je proces koji traje cijeli život i u kojem čovjek doživljava stalne

---

<sup>3</sup> Smiljanić-Čolanović, V. (1987). Psihologija starenja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

<sup>4</sup> Ibid.

biološke, psihološke i socijalne promjene. Na osnovu ovih promjena razlikujemo tri osnovna vida starenja:<sup>5</sup>

- biološko starenje obuhvaća promjene, usporavanja i opadanja u funkcijama organizma s vremenom.
- psihološko starenje obuhvaća promjene u psihičkim funkcijama, prilagodbu ličnosti na starenje, mentalne reakcije koje prate iskustvo starenja,
- socijalno (društveno) starenje podrazumijeva promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi.

„Starenje kao proces koji se odvija u toku individualnog života pojedinca može se posmatrati kroz sljedeće dvije faze: Prva, gdje se pod starenjem, u najširem smislu, podrazumijeva proces koji počinje na samom početku ljudskog života od trenutka začeća, odnosno časa rođenja pa sve do završetka perioda ili životne faze u kojoj se organizam razvija i napreduje uz intenziviranje većine vitalnih funkcija. Druga faza nastaje poslije određenog perioda, označenog maksimumom vitalnosti čovjeka, kad postepeno dolazi do kvantitativnog i kvalitativnog nazadovanja i propadanja ljudskog organizma“<sup>6</sup> (Miković, 2010:1).

Između ove dvije faze starenja teško je odrediti tačnu granicu, kao i indikatore koji pokazuju da je faza razvoja zamijenjena fazom pada funkcije i da je u životu jedne osobe nastupila starost. Obično se u svakodnevnom govoru, pod starenjem podrazumijeva samo ova druga faza, faza nazadovanja.

Starenje je neizbjegljiva pojava koja se prirodno odvija kod svih živih bića, koja napreduje različitim intenzitetom kod svakog čovjeka. Vidljive promjene tokom starenja organizma pojavljuju se kod nekoga u ranijoj dobi, a kod nekoga tek u srednjoj ili dubokoj starosti. Zbog toga se u novije vrijeme pravi razlika između fiziološkog i patološkog starenja.

Fiziološko starenje je prirodno, postepeno, relativno harmonično usporavanje rada i funkcija organizma. Patološko starenje je ubrzano, disharmonično propadanje organizma, a koje može da se pojavi u različitim životnim dobima, uslijed bolesti i drugih vanjskih faktora.

---

<sup>5</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

<sup>6</sup> Miković, M. (2010). Socijalni rad sa starijim osobama – Hrestomatija. Sarajevo: Fakultet političkih nauka.

Sam proces starenja, intenzitet i vrijeme nastanka uvjetovani i su različitim unutarnjim i vanjskim faktorima. Uzajamno djelovanje i preplitanje ovih faktora utiče na organizam i cjelokupni razvoj svakog ljudskog bića od samog dolaska na svijet pa do kraja života.

Starenje i starost se jasno razlikuju. Starenje predstavlja progresivni, stalni i postepen proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sistema, dok sama starost predstavlja određeno stanje, odnosno određeno životno razdoblje povezano s hronološkom dobi. Starost se određuje i kao posljednje razdoblje u životnom vijeku pojedinca. Razdoblje starosti ne počinje kod svih u istom hronološkom dobu. Ono se subjektivno i objektivno javlja s mnogo socijalnih, psiholoških, patoloških i drugih karakteristika koje se ne javljaju kod svake individue u isto vrijeme, na isti način i s istim manifestacijama. Sve to čini da postoje razlike u tome kada započinje starost i da ima u upotrebi više pojmovi starosti kao što su hronološka, fiziološka, demografska, funkcionalna, zakonska, socijalna i slično.

Hronološka (kalendarska) starost određuje se datumom rođenja. Prema općem prihvaćenim demografskim kriterijima, odnosno klasifikaciji Ujedinjenih naroda, kao početak starije dobi uzima se dobna granica od 65 godina. Ova granica starosti prihvaćena je i u Bosni i Hercegovini, a određena je Zakonom o penzionom osiguranju, prema kojem osoba sa napunjenih 65 godina života ostvaruje pravo na tzv. starosnu penziju. Svjetska skupština o starijim kao granici starosti uzima 60 godina što ukazuje na promjenljivost ovog perioda.<sup>7</sup>

Fiziološka starost definirana je individualnom sposobnosti organizma da se adaptira na uvjete okoline, a adaptacija je u vidu povećanja izdržljivosti, snage, fleksibilnosti, koordinacije i radne sposobnosti. Funkcionalna starost određuje se prema stepenu opadanja sposobnosti. Definiranje starosti preko socijalnih konstruktora se bazira na tumačenju ličnosti, promjena socijalne uloge i socijalnih odnosa pojedinca. Za sve ove navedene kriterije zajedničko je to da je starost razdoblje prema kojem se odvija razvoj svakog pojedinca, bez obzira na spol, nacionalnu ili socioekonomsku pripadnost u koju se ulazi u nekom trenutku.<sup>8</sup>

Prema kriterijima Svjetske zdravstvene organizacije starost dijelimo na: raniju (od 65 do 74 godine), srednju (od 75 do 84 godine) i duboku starost (od 85 i više godina).

<sup>7</sup> Miković, M. (2010). Socijalni rad sa starijim osobama – Hrestomatija. Sarajevo: Fakultet političkih nauka.

<sup>8</sup> Ibid.

Bez obzira o kojoj se podjeli radi, svaki period „pored nazadovanja organizma i pojave različitih bolesti, kod najvećeg broj osoba, praćen je na emotivnom planu mješavinom zadovoljstva zbog ranije postignutog uspjeha, posebno u porodičnoj i profesionalnoj sferi, ali i strahom od budućnosti i daljih mogućnosti učešća u životu zajednice.“<sup>9</sup>

## 2.2. Teorije starenja

Starenje predstavlja jedan složen proces koji obuhvaća biološke, psihološke i socijalne aspekte, te stoga i ne postoji jedna jedinstvena, sveobuhvatna teorija koja bi objedinila proces starenja u svojoj složenosti. Ipak, postoje pokušaji da se teorije objedine i obrazlože u okviru pojedinih disciplina koje se bave starenjem kao predmetom proučavanja.

Antička „humoralna teorija“ starenja je prva teorija koja je pokušala objasniti proces starenja. U toj teoriji starenje se posmatra kao poremećaj humoralne ravnoteže u organizmu, izazvan gubitkom „urođene toplice“ koju svako živo biće dobija svojim nastankom.

U 19. vijeku pojavile su se razne „metaboličke teorije“ koje su starost svodile na postepeno smanjenje intenziteta metaboličkih procesa. Ove teorije se mogu posmatrati i kao teorije „zamora materijala“ i gašenja životne energije.

Adaptaciono-regulacione teorije se nadovezuju na prethodne i prikazuju život pojedinca i proces starenja kao borbu dviju oprečnih sila: jedna je metaboličko iscrpljivanje organizma, a druga je razvoj mehanizama pojedinca za prilagođavanje sredini i promjenama koje nastaju u okruženju, ali i samim procesom starenja.

Genetske teorije zagovaraju da je dužina života genetski predodređena (programirana), a starenje je genetski program ćelija organizma. Ova teorija polazi od prepostavke da je starenje ugrađeno u genetski sistem, odnosno da je genetski određen svojevrsni plan starenja, koji se aktivira odmah nakon reproduktivne zrelosti, no postoji mogućnost njihovog modificiranja pod uticajem varijabli iz okoline. Temeljna ideja je da su specifični geni i njihove promjene odgovorni za dužinu života. Promjene se odražavaju u opadanju različitih funkcija organizma u metaboličkim procesima, u endokrinom sistemu te u imunološkom sistemu.

---

<sup>9</sup> Miković, M. (2010). Socijalni rad sa starijim osobama – Hrestomatija. Sarajevo: Fakultet političkih nauka.

Sociološke teorije starenja imaju za cilj objasniti promjene u odnosu pojedinaca i društva do kojih dolazi u procesu starenja, koje se ogledaju u promjenama socijalnih aktivnosti, socijalnih interakcija i socijalnih uloga starijih osoba. Ove teorije objašnjavaju uticaje društva i kulture na starenje pojedinaca, te uticaja starenja pojedinca na društvo.

Socijalno povezujuće teorije ukazuju na povezanost socijalne strukture s pojedincem, kroz njihove uzajamne interakcije koje u procesu starenja mogu naglasiti društvenu aktivnost starijeg čovjeka, ili mu dodijeliti uloge na temelju njegove dobi npr. teorija aktivnostima, teorija smanjene aktivnosti, teorija dobne stratifikacije itd.

Psihološke teorije posmatraju proces starenja kao jednu od faza razvoja/života kroz definiranje stadija razvoja ličnosti. Svaki stadij razvoja i životne dobi podrazumijeva kvantitativne promjene, ali i kvalitativno drugačije uređenje kognitivne strukture i specifičnosti emotivnog razvoja i razvoja psihičkih funkcija osobe.

Teorija životnih razdoblja obuhvaća čitav životni vijek, a predložena je od strane Carl Gustav Jung, bliskog suradnika Freuda i psihanalitičke škole. Jung je razmatrao psihički razvoj u razdoblju mladosti, koje počinje nakon puberteta i traje do srednjih godina (35-40) u kojem osoba širi horizonte života. Slijedeće razdoblje nakon četrdesete godine života koju je nazvao „podnevom života“ smatrao je početkom tzv. procesa individualizacije. To je razdoblje druge polovice života, u kojem se osoba počinje okretati samo sebi, postaje svjesnija sebe i traži cilj, smisao i cjelovitost vlastitog života.<sup>10</sup>

Teorija psihosocijalnog razvoja predložena je od strane Erik Ericksona 1965. godine. On proširuje teoriju psihosocijalnog razvoja na čitav životni vijek i uključuje kao bitan faktor razvoja socijalnu okolinu. Što je osoba starija to je socijalna okolina šira, od roditelja u početku, preko šire porodice, vršnjaka, prijatelja, kolega do čovječanstva općenito. Psihički se razvoj odvija kroz osam razdoblja. U svakom razvojnom razdoblju osoba se suočava sa određenom psihosocijalnom krizom, odnosno izazovom ili prekretnicom, ishod koji može biti pozitivan ili negativan. Stara dob je period života kada se osoba osvrće na svoj dotadašnji život i rezimira šta je u životu radio i stvorio i šta iza njega ostaje. Stoga, da li će neko svoje

---

<sup>10</sup> Schaie,W.K, Willis, S.L. (2001). Psihologija odrasle dobi i starenja. Zagreb: Naklada Slap.

kasne godine živjeti spokojno i zadovoljno ili ne, u velikoj mjeri zavisi od porodice i porodičnih odnosa, profesionalne karijere, razvijenih prijateljstava, itd.<sup>11</sup>

Teorija ekoloških sistema proučava starenje u kontekstu okoline u kojoj pojedinac živi, u međusobnoj povezanosti s ličnim okolnostima i sposobnostima prilagodbe pojedinca. Ekologija ljudskog razvoja definirana je kao progresivno, uzajamno prilagođavanje između aktivnog ljudskog bića u razvoju i primjenjivih svojstava neposredne okoline u kojoj pojedinac živi, koji proces je izložen djelovanju odnosa između neposredne okoline i šireg konteksta u kojem je okolina smještena. Okolina ima nekoliko nivoa kao što su porodica, radna okolina i društvo u širem smislu. Na svakom nivou okoline, osoba stupa u odnose, aktivnosti i uloge utemeljene na vrijednostima i uvjerenjima o ljudskim odnosima i postupcima. Dakle, ako želimo razumjeti razvoj pojedinca, moramo razumjeti interakcije između pojedinca i njegove sadašnje i prošle okoline.<sup>12</sup>

Iako se starenje proučava već vjekovima, vidljivo je da još uvek ne postoji jedna sveobuhvatna teorija koja bi objasnila svu složenost procesa starenja. Ono u šta možemo da budemo sigurni jeste da tokom starenja dolazi do nekih bespovratnih promjena kod individue i to na nekoliko ravnih, te da je starenje fenomen zajednički za sva živa bića.

### **2.3. Karakteristike starosti i starenja**

Osobe starije dobi predstavljaju specifičnu, osjetljivu i ranjivu skupinu, a njihov se udio u cjelokupnoj populaciji progresivno povećava. Veliki napredak u razvoju nauke i tehnologije posebno u medicini, poboljšanje životnih uvjeta, porast općeg životnog standarda, te druge intenzivne promjene u 20. vijeku, imale su za posljedicu između ostalih i produženje životnog vijeka i povećanje ukupnog udjela broja ljudi starije životne dobi u cjelokupnoj populaciji. Dužnost svakog društva s takvom dobnom strukturom stanovništva je organiziranje odgovarajuće brige za tu skupinu stanovništva, kako bi se svaki pojedini član osjećao dostojanstveno, sigurno, zaštićeno i sretno u poznim godinama svog života.

Živeći u ovom vremenu i okruženju, veoma je lahko uočiti vitalne probleme koji opterećuju nivo življenja ove dobne skupine. Starije osobe nerijetko su marginalizirane u pogledu svog

<sup>11</sup> Schaie, W.K, Willis, S.L. (2001). Psihologija odrasle dobi i starenja. Zagreb: Naklada Slap.

<sup>12</sup> Ibid.

društvenog uticaja, ekonomski su slabije od mladih dobnih skupina, zdravstveno su ugroženiji itd. Jedan od ključnih problema prisutan kod populacije starijih osoba vezan je za njihovu socijalnu isključenost. Bosna i Hercegovina, kao i druge susjedne zemlje u tranziciji suočava se s procesom privatizacije i njenim posljedicama, lošim rezultatima i slabom upravom koja to koordinira, a sve su to stvari koje leže u osnovi socijalne isključenosti. Fenomen socijalne isključenosti starijih osoba može se odnositi na različite aspekte njihovog života, a obično uključuje socijalne odnose, učešće u kulturnim aktivnostima, pristup službama u lokalnoj zajednici i sl.

Dosadašnja istraživanja u radu stručnjaka su pokazala da su penzioneri najmarginaliziranija društvena grupa, jer im osnovna penzija ne obezbeđuje samostalan život. Ključni faktori koji utiču na društvenu marginalizaciju starijih osoba su male ili nikakve penzije, odsustvo kontrole nad primanjima, zdravstveni problemi, usamljenost, niska ekonomска моć i nizak društveni status, manjak poštivanja i odlučivanja u porodici, nedostatak zdravstvenog osiguranja, podložnost nasilju u porodici i sl.<sup>13</sup>

Iz humanih i etničkih razloga društvo je dužno poduzeti sve potrebne mjere za održavanje fizičkog, duševnog i socijalnog zdravlja ukupnog stanovništva, a posebno ranjiva grupacija je staro stanovništvo. Međutim, jedan od ključnih problema je da veliki broj starijih ljudi žive potpuno sami, prepušteni slobodi i dobročinstvu ono malo ljudi koji ih okružuju.

Pored socijalne isključenosti, materijalnih problema, neadekvatne socijalne i zdravstvene zaštite, starije osobe se suočavaju sa nizom zdravstvenih teškoća. Promjene na tjelesnom planu koje se dešavaju starenjem uzrokuju otežano funkcioniranje pojedinih sistema u organizmu, probleme u radu srca, oštećenje krvnih sudova, povišen krvni pritisak, promjene i oštećenje mišićnog i koštanog tkiva itd. Tako npr. u starosti je karakteristično opadanje senzornih funkcija. U tom smislu najuočljivije su promjene kod čula vida i sluha. Također, mnogi stari ljudi imaju spore i nesigurne pokrete. Tu su u pitanju smanjene psihomotorne sposobnosti koje su posljedice promjena u centralnom nervnom sistemu.<sup>14</sup>

Staračko doba ima mnogobrojne psihološke karakteristike. One se ispoljavaju kako u intelektualnoj tako i u emocionalnoj sferi. Kod većine starih ljudi psihičko zdravlje biva

<sup>13</sup> Davidović, P., Đorđević, Z., Erceg, P., Despotović, N., i dr. (2007). Predrasude prema starenju - Gerijatrijski praktikum. Beograd: Klinički centar Zvezdara.

<sup>14</sup> Ibid.

ugroženo zbog pasivnosti, povlačenja u sebe, žaljenja za prošlošću, osjećaja da se više nema što očekivati od budućnosti, pogrešnih tumačenja i opažanja. U literaturi se kao psihološke karakteristike starijih osoba navode: pad stvaralačkog mišljenja, smanjena prilagodba novim situacijama, pad koncentracije, pamćenja, pažnje kao i slabija motivacija. Depresija je u pravilu češća u ovoj dobi, ali se obično radi o blažem obliku.

U sferi društvenog ponašanja javlja se slabije interesovanje za druge osobe i čovjek se sve više okreće prema sebi. To nikako ne znači da čovjek u starosti prestaje da bude socijalno biće. Smanjena veza sa spoljnim svijetom, nužno povlači za sobom okretanje ka svom unutrašnjem svijetu, koji nažalost, i sam sve više osiromašuje. U ovoj dobi se javlja i osjećaj osamljenosti (gubitak bračnog partnera, prijatelja) te tjeskoba i strah od budućnosti i blizine smrti. Vujatović navodi da je Ivo Andrić u svom dnevniku zapisao da je svaka starost teška. Ali moglo bi se reći da sama po sebi nije ni lijepa ni strašna, nego onakva kakvu je mi sami pripremimo prije nego što nastupi i kako umemo da je dočekamo i da je ponesemo kad se pojavi.<sup>15</sup>

Većina starijih ljudi se uspješno prilagođava promjenama koje im donosi starost. Međutim, ima starih ljudi koji ne mogu da se sami nose ili ne mogu da prihvate uobičajne promjene koje donosi starost. Takve osobe moraju da se oslove na pomoć i podršku drugih ljudi iz okoline, bilo da su članovi porodice ili zajednice kako bi zadovoljili svoje potrebe.

#### 2.4. Stavovi i predrasude o starenju i starosti

Treća životna dob osjetljivo je razdoblje zbog novih situacija koje djeluju stresno kao što su gubitak radne uloge i radnog značaja, smanjenje prihoda, odlazak djeteta iz kuće, smrt bračnog partnera ili prijatelja, narušeno zdravstveno stanje itd. Starija populacija suočava se i s nizom drugih poteškoća. Njihov položaj često je dodatno opterećen i opće prihvaćenim društvenim stavovima, odnosno predrasudama i stereotipima koji su daleko od pozitivnih.

Obično se pod predrasudama podrazumijeva neosnovan, uporno održavan negativan stav ili mišljenje o nekoj pojavi, grupi ili osobi samo zato što je pripadnik te skupine. U užem smislu

---

<sup>15</sup> Davidović, P., Đorđević, Z., Erceg, P., Despotović, N., i dr. (2007). Predrasude prema starenju - Gerijatrijski praktikum. Beograd: Klinički centar Zvezdara.

predrasude se odnose na iracionalnu sumnjičavost ili negativan emocionalni odnos prema određenoj skupini ljudi, rasa ili religija.

Stereotipi su često generalizirane postojeće predrasude. Oni su grupni koncept koji određena skupina ljudi gaji o nekoj drugoj skupini. Predrasude i stereotipi su često temelj raznih oblika neopravdanog i diskriminirajućeg ponašanja prema osobama na koje se odnose. Inače, njihova odlika je da se neprimjetno, nemamjerno šire i lahko prodiru u društvene stavove utičući na formiranje negativnog mišljenja i odnosa prema toj grupi, a veoma teško se uočavaju i iskorjenjuju.

Usvajanje određenih stavova, načina mišljenja i modela ponašanja koji se u određenom društvu smatraju poželjnim, mogu i najčešće dovode do usvajanja predrasuda i stereotipa prema starijim osobama. Ponekad čak i bezazlene šale ili riječi koje se često koriste mogu uticati na formiranje negativnih predstava i stavova. Formiranju stereotipa o starijim često doprinose i sami stariji ljudi svojim ponašanjem kada potenciraju negativne aspekte starosti što ne samo da dovodi do toga da se sami mnogo lošije osjećaju, nego i kod drugih izazivaju neprijatna osjećanja. Stavovi o starijim najčešće su utemeljeni na nedovoljnom znanju o starenju i starosti kao i iskustvima u odnosima sa starijim ljudima.

Najveći problem kad su u pitanju predrasude prema starijim osobama je u činjenici da su njihove posljedice znatno šire u poređenju s rasnim, religijskim, nacionalnim i drugim predrasudama, jer kod starosnih predrasuda svako dobiva priliku da bude i „mučitelj“ i žrtva, u zavisnosti od faze u životnom ciklusu.

Neke od tipičnih predrasuda o starenju su: da su stari ljudi međusobno slični, senilni, krutih stavova, neefikasni i sebični. Pored generalnih stavova, većina također prepostavlja da su stari ljudi bolesni, depresivni, teško uče, impotentni, ponašaju se kao djeca, dosadni itd. „Te su predrasude toliko prisutne da i mnogi stariji ljudi vjeruju u njih, što im nepotrebno otežava prilagodbu na starenje“.<sup>16</sup>

Ova široko prihvaćena vjerovanja često bivaju potpuno netačna, iskrivljena i opasna do te mjere da ona diktiraju socijalnu politiku i međuljudske odnose. Tako, npr. nazivanje starijih

---

<sup>16</sup> Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Ljudi gerijatrijskim slučajevima može poslužiti kao izgovor za lošiju zdravstvenu njegu. Stav da su stari ljudi bolesni, krhki i invalidi je pogrešan. Istina, neki zdravstveni problemi se češće javljaju kod starijih ljudi, ali bolest i invalidnost nisu obavezni u starosti. Stari ljudi se između sebe razlikuju više nego mladi, a s godinama se te razlike čak povećavaju, osim u slučajevima kada boluju od staračkih bolesti. Uvjerjenje da su stari ljudi zaboravni, da nisu sposobni učiti i ne trebaju edukaciju je pogrešno. Studije dokazuju da su stariji ljudi sposobni učiti i da velika većina njih, uz neke manje promjene, zadržava svoje umne sposobnosti na zadovoljavajućoj razini sve do kraja života.

Postojeće mitove, stereotipe i predrasude o starijim osobama neophodno je suzbijati. Na starije stanovništvo ne smije se gledati kao na problem, nego kao moguće rješenje problema. U tom pravcu najbitnije je razumjeti starost, graditi pozitivnu sliku o starosti i starenju, priznati doprinos starijih, prihvati njihovo umijeće, vještinu i mudrost, razvijati međugeneracijsku solidarnost. S tim u vezi, treba imati na umu da svako od nas svakim danom postaje stariji jer prema riječima poznatog njemačkog filozofa i pjesnika Getea, starost nas sve iznenadi, tu je, a i ne primjetimo da je došla.

### **3. PSIHOLOŠKA GERONTOLOGIJA**

Psihološku gerontologiju definiramo kao granu gerentologije koja se bavi proučavanjem psihičkih promjena u funkciji dobi. Ona se naručito bavi proučavanjem promjena koje se pojavljuju sa starenjem na području osjeta, percepcije, psihomotorike, učenja i pamćenja, inteligencije i ličnosti starijeg čovjeka, to je dio razvojne psihologije usmjeren ka proučavanju posljednje razvojne faze u životu čovjeka.

Psihološka gerontologija pored proučavanja psihičkih promjena bavi se i proučavanjem socijalne interakcije starijih pojedinaca i utjecajima socijalne interakcije na psihička stanja tih pojedinaca.

Ovo područje je posebno usmjereno na proučavanje problema vezanih uz uvjete porodičnog života i starosti kao i problema zbog promjene socijalne uloge starijeg čovjeka (umirovljenje, stavovi i predrasude koje u društvu vladaju u odnosu na starije ljude).

Djelo poznatoga i priznatoga slovenskog psihologa Pečjak,V. "Psihologija treće životne dobi" se može se smatrati osnovom, ali i poticajem za daljnje izučavanje, potreba i osobina starijih ljudi, kao i problema s kojima se suočavaju u toj životnoj dobi. Danas prosječno trajanje života u razvijenim zemljama iznosi 75 godina, te se može reći da posljednja trećina života počinje nakon 50. godine. Pečjak to razdoblje dijeli na četiri vremenska perioda: od 50 do 60 godina, ili kasnu srednju dob, od 60 do 70 – ili mlađu starost, od 70 do 80 godina ili srednju starost, te nakon 80. godine – visoku starost.<sup>17</sup>

Pritom napominje: Kao što se vidi treća životna dob ne obuhvaća samo starost. Kasne srednje godine vrijeme je "oluja i stresova", slijedeća faza je razdoblje prilagodbe na novo stanje, treću prate brze promjene životnih funkcija, a za četvrtu fazu karakteristična je pojava sveopćeg slabljenja.

U knjizi „Psihologija odrasle dobi i starenja“ autora Schaie,W.K.,Willis, S.L se između ostalog govori o posljednjem stadiju odraslog života starosti (reintegracija ili očaj) koja

---

<sup>17</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Prosvjeta.

obuhvaća čak trećinu životnog vijeka! U toj životnoj fazi osoba se hvata u koštač sa smisлом života, te se priprema za kraj svog tjelesnog postojanja.<sup>18</sup>

Jedan od pionira socijalne gerontologije Rober Havighurst, navodi šest zadataka s kojima se osoba u toj dobi mora suočiti: prilagođavanje na opadanje tjelesne snage i zdravlja, prilagođavanje na umirovljenje i smanjeni prihod, prilagođavanje na smrt supružnika, uspostavljanje jasne povezanosti s vlastitom dobnom skupinom, usvajanje i prilagođavanje društvenih uloga na fleksibilan način, te uspostavljanje zadovoljavajuće fizičke okoline za život.

Također, su opisane pozitivne crte starosti kao što su kreativnost i postignuća, te uspješno starenje koje u prvom redu podrazumijeva pozitivan pojam o sebi uz realnu procjenu sposobnosti. Autori ističu da je starost viđena kao jedno razdoblje života, ali može biti podijeljeno u najmanje tri stadija: mladi-stari (65 do 75 ili 80 godina), stari-stari (75 ili 80 do oko 90 godina) i vrlo-stari ili najstariji-stari (85 do 90 ili više godina).<sup>19</sup>

### **3.1. Ispitivanje psihičkih promjena u funkciji dobi**

Jedna od prvih poteškoća s kojom su se suočili psiholozi u nastojanju da ispitaju promjene koje se u psihičkom životu dešavaju sa starenjem, je bila poteškoća oko pronalaženja najprimjerenijeg metadološkog pristupa u ispitivanju ovih promjena. Na prvi pogled ispitivanje psihičkih promjena u funkciji dobi može izgledati vrlo jednostavno mogu se naprimjer uzeti dvije grupe ljudi različite dobi, ispitati njihove sposobnosti i utvrditi da li postoje određene razlike među njima.

Budući da se radi o grupama ljudi različitih starosti, moglo bi se zaključiti da je starenje naših ispitanika dovelo do tih razlika, pa takav metadološki pristup nazivamo transverzalni pristup.

Postoji jedan veliki problem vezan uz ovaj istraživački pristup, naime, ovakvim ispitivanjima ispitujemo različite grupe ljudi, rođenih u različito vrijeme, ljudi koji su bili pod različitim socio-kulturnim uticajima što je naravno sve moglo dovesti do razlika među njima bez obzira na njihovu starosnu dob. Transverzalnim pristupom dobivamo dobne razlike, razlike u

<sup>18</sup> Schaie,W.K, Willis, S.L. (2001). Psihologija odrasle dobi i starenja. Zagreb: Naklada Slap.

<sup>19</sup> Furlan, I. (1988). Čovjekov psihički razvoj. Zagreb: Školska knjiga.

pojedinim obilježijima koje nalazimo kad uspoređujemo prosječne vrijednosti dvije ili više grupa ispitanika različite životne dobi.

Međutim, u koliko želimo utvrditi dobne promjene tj. promjene koje se kod određenog pojedinca događaju isključivo pod utjecajem dobi tada koristimo drugi istraživački pristup zvani longitudinalni pristup. Kod ovog istraživačkog pristupa provodimo istraživanja na uzorku tih ispitanika kod kojih uzastopno u određenim vremenskim razmacima mjerimo pojedina obilježija, radi utvrđivanja promjena koje se zbivaju u funkciji dobi. Međutim, kod ovog pristupa mogu se javiti brojni problemi kao što je dugotrajnost istraživanja. Dugotrajna istraživanja mogu smanjiti motivaciju istraživača s obzirom da se na rezultate mora čekati i po desetak i više godina. Jedan od najvećih problema je osipanje uzorka ispitanika koje se javlja zbog pada motivacije ispitanika za daljnje sudjelovanje u ispitivanju.

Najveći broj istraživanja u psihološkoj gerontologiji kao i u gerontologiji općenito, sproveden je putem transferzalnog pristupa. Jedan od razloga je taj da je transferzalni pristup lakše provesti nego longitudinalni pristup, jer se u relativno kratko vrijeme dobiju podaci o dobnim razlikama između pojedinih skupina ispitanika. Ovaj pristup je znatno jeftiniji od longitudinalnog, i sa njim se izbjegavaju brojne poteškoće.

U psihološkoj gerontologiji kada se želi doći do fundamentalnih zaključaka i utvrditi neke opće zakonitosti o uticaju starenja na psihičke sposobnosti koristi se longitudinalni pristup.

Logitudinalnim studijama utvrđeno je da u funkciji dobi ne dolazi do naglog opadanja psihičkih sposobnosti, kao što se to ranije mislilo na osnovu rezultata transferzalnih studija. Takođe, longitudinalnim ispitivanjima utvrđeno je da postoje znatno velike razlike između starijih ljudi i da se te razlike povećavaju sa životnom dobi. Osnovni a najvažniji zaključak ovih ispitivanja je u tome da se u individualnom pogledu samo na osnovu dobi teško može procjeniti sposobnosti pojedinca. Rezultati ovih ispitivanja daju nam samo podatke o određenim prosječnim zakonitostima, a mi uvijek moramo imati u vidu da postoje mnogi pojedinci koji se od tog prosjeka značajno razlikuju, to jeste da su njihove sposobnosti slabije razvijene od prosjeka, ili pak znatno razvijenije od prosjeka. Jedna od značajnih poteškoća u ispitivanju promjena kod starijih ljudi je ta što se različite sposobnosti ispituju izolirano. Na primjer posebno se ispituju promjene u pamćenju, inteligenciji, učenju i tako dalje.

### **3.2. Psihološke promjene u starosti**

Kod ljudi starije dobi opadaju fluidne kognitivne sposobnosti, što označava opadanje sposobnosti kognitivne obrade koje nam omogućuju manipuliranje apstraktnim simbolima, kao npr. u matematici. Provedena psihometrijska istraživanja ne slažu se oko tačne dobi kada taj pad nastupa, ali sva se slažu u tome da određeni pad postoji. No, istraživanja su također pokazala da ne dolazi do opadanja svih kognitivnih sposobnosti nego da čak u pojedinim područjima, kao što su rječnik i opća obaviještenost, dolazi do određenog porasta.

Promjene koje nastupaju u starosti, a koje zahtjevaju niz prilagodbi u socijalnim odnosima starije osobe, očigledno dovode osobu u vrlo složenu životnu i psihološku situaciju. Iako se različiti aspekti socijalnih odnosa u starosti obično razmatraju odvojeno, svaki za sebe, treba imati na umu da starija osoba istovremeno i član obitelji i umirovljenik, prijatelj a možda i bolesnik. Druga važna činjenica je ta da je svaka starija osoba inividua za sebe, formirana raznim činiocima i iskustvima jednog gotovo čitavog životnog ciklusa. Shvaćanjem važnosti ovih dviju činjenica bitno doprinosi razumjevanju starijih osoba.

U procesu duševnoga starenja postoje znatne individualne razlike. Osobe koje svoj život doživljavaju uspješnim, emocionalno zrele osobe, ekstrovertirane i neegocentrične, nesibične, optimistične i prilagodljive osobe, lakše će prihvati starost i nezine promjene. Psihološke promjene kod starijih osoba vezane su uz:<sup>20</sup>

- Percepciju - brzina i tačnost percepcije smanjuje se kao i sposobnost reakcija. Starije se osobe slabije snalaze u novim i nepoznatim situacijama, a brži e i lakše u poznatim očekivanim situacijama. Starenjem se smanjuju osjetne i motoričke sposobnosti, usporavaju se procesi u središnjem živčanom sistemu.
- Intelektualne sposobnosti - smanjuje se sposobnost i brzina pamćenja, koncentracija i brzina mišljenja. Sposobnost učenja i izlaganja naučenog u starijih osoba je usporena, potreban je veći broj ponavljanja, a često nedostaje prava tehnika učenja. Starije osobe slabo pamte događaje novijih datuma a u detalje pamte događaje satijih datuma i lako evociraju te doživljaje.

---

<sup>20</sup> Polić., R. (2005). Odgoj za starost kao mogućnost emancipacije, Metodički ogledi. Zagreb: Hrvatsko filozofsko društvo.

- Psihička inkontinencija starije osobe na najmanji podražaj mogu izraziti jake, nekontrolisane emocije, često praćene mimikom (napr. iznenadni, bezrazložni i površni plač).

### **3.2.1. Senzorne sposobnosti**

Senzorne sposobnosti su sposobnosti čulnog opažanja, povezane sa funkcijanjem sistema čulnih organa (oština sluha, oština vida, oština mirisa, taktilna sposobnost, sposobnost razlikovanja nijanse boja, sposobnost tačne lokalizacije zvuka itd). Ispitivanja i merenje stupnja razvijenosti senzorne sposobnosti standardizovanim testovima imaju značajnu ulogu u psihološkim istraživanjima i u praksi (u kliničkoj psihologiji, inženjerskoj psihologiji, profesionalnoj orientaciji i profesionalnoj selekciji).

Senzorne sposobnosti opadaju sa starenjem, međutim često se pretjeruje u intezitetu opadanja ovih sposobnosti i mogućnostima obavljanja raznih aktivnosti koje ovise o ovim sposobnostima. Iako opadaju gotovo sve senzorne sposobnosti treba imati imati na umu da postoje velike mogućnosti kompenzacije senzornih nedostataka putem pomagala (naočale, ušni aparat za povećanje sluha i razna druga ortopetska pomagala).<sup>21</sup>

Jedan od uzroka opadanja oštine vida su fiziološke promjene u vidnom receptoru, zatim smanjena sposobnost akomodacije leće. Sa starošću se smanjuje elasticnost leće ali i mišića koji sudjeluju u organizmu akomodacije leći. Jedan od simptoma starih ljudi je simptom prekratkih ruku tj. čitanje sa udaljenosti zbog staračke dalikovidnosti. Takođe na slabiju vidnu osjetljivost djeluje i slabija adaptacija na manje intezitete osvjetljanja. Najmanje potrebno osvetljenje da bi se predmet uočio se povećava, te stariji ljudi imaju poteškoće pri upravljanju automobilom u sumrak ili u noći.<sup>22</sup>

Opada i osjetljivost na boje, ali vrlo malo. Osjetljivost na boje raste do 20 godina a onda postepeno opada. Kao jedna od pojava vidne osjetljivosti je i suženje vidnog polja, koja je više vezana za razne ocne bolesti u starosti nego u samom starenju. Zato u starijoj dobi postoje veći broj slijepih osoba. Sluh je najoštriji od oko 15 godina a zatim dolazi do njegovog opadanja. Kod većine ljudi već nakon 40 godina slabi osjetljivost na visoke tonove a

<sup>21</sup> Mladenović, M. (1963). Porodica i porodični odnosi. Beograd: izdavačko preduzeće rad.

<sup>22</sup> Ibid.

osobe preko 60 godina starosti imaju poteškoće sa percepcijom tonova iznad 10.000 hiljada herca. Značajan činilac koji može uticati na slabljenje sluha je buka. Poznato je da kod muskaraca sluš brže slabi nego kod žena.

Okusna i mirisna osjetljivost do 50 godina se značajno ne mijenja. Međutim nema konzistentnih podataka kako se mirisna osjetljivost mijenja sa starošću. Značajno opadanje okusne osjetljivosti zapaža se tek oko 70 godina, što se vezuje sa opadanjem broja osjetnih talašaca na jeziku. Mirisna osjetljivost iz današnjih ispitivanja proizilazi da se sa starošću ne dolazi do znatnog slabljenja osjetila mirisa jer se te promjene više prepisuju drugim utjecajima a ne starenju.

Osjet dodira ostaje ne promjenjen do 50 godina, poslije čega opada na različitim dijelovima tijela. Sa starenjem se smanjuje tj, povećava prag boli, ali se mora razgraničiti prag boli i tolerancije na bol, zato što je moguće da je tolerancija na bol povećana u starosti.

### 3.2.2. Motoričke sposobnosti

Vrijeme reakcije najkraće je u dobi od oko 18. godina. povećanje vremena reakcije relativno je malo do 40. godine, da bi zatim značajnije povećalo stime da je duž vrijeme reakcije na vidne nego na zvučne podražaje. Pored općeg usporavanja vremena reakcije u starosti nađene su i neke druge razlike između mlađih i starijih osoba. Kod složenih reakcija postoje veće razlike između mlađih i starijih nego kod jednostavnijih reakcija. Između 20 i 60 godine dolazi do smanjenja vremena reakcije za 10-20%.

Tri osnovna uzroka povećanja vremena reakcija sa starošću i to: opadanje, senzorne osjetljivosti, opadanje brzine, provođenja impulsa u živčanim vlaknima, usporavanje procesa u centralnom živčanom susravu.<sup>23</sup>

Da li se to odražava na manje mogućnosti starih ljudi da obavljaju određene svakodnevne motoričke zadatke ili možda pridonosi većoj izloženosti nesrećama zbog usporenosti reakcije? U koliko se tempo obavljanja motoričkih zadataka prilagodi sposobnostima starijih radnika ono ih mogu obavljati jednako dobro kao i mladi.

---

<sup>23</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

Što se nesreća tiče ne možemo govoriti općenito o povezanosti između dobi i nesreća već možemo govoriti o razlikama u tipu nesreća koje pogađaju mlađe i starije dobne skupine.

Najčešće nestreće kod starih ljudi poljavljuju se u kući, među takvim nesrećama najčešći su padovi. Njima pridonosi mnostvo različitih činilaca kao što su oslabljen osjećaj za balans, usporenost u reagiranju poteškoće u predviđanju nesreće i neadekvatan okoliš kojim su stari ljudi izloženi i koji je često osnovni uzrok nesreće (tepsi, namještaj sa oštrim rugovima, stilske kupaonice, nedostatak držača za držanje i sl.)

Stariji ljudi zbog umanjenih senzornih sposobnosti često stradaju kao pješaci u saobraćajnim nesrećama. Smatra se naime da opadanje mnogih perceptivnih, senzornih i motornih funkcija u starosti može povećati broj nesreća u prometu. Naprimjer, smanjena vidljivost za vrijeme vožnje noći, smanjena sposobnost akomodacije, ako nakon bljeska fara drugog automobila u noći, smanjena slušna sposobnost, smanjena sposobnost usmjeravanja pažnje i sposobnost kratkotrajne memorije te konačno slabije tj. duže vrijeme jednostvne iznenadne motorne reakcije, činioci su kojima se prepisuju nesreće starijih vozača.<sup>24</sup>

Karakteristično za prometne nesreće starijih ljudi je to da one nisu toliko opasne kao nesreće mladih. Nesreće starih ljudi su obično nesreće bez ljudskih žrtava.

### **3.2.3. Intelektualne sposobnosti**

Pamćenje je mogućnost usvajanja, zadržavanja i korištenja informacija. Pamćenje je uvelike značajno za čovjeka, za njegov razvoj i njegov identitet. Ono je u uskoj vezi s učenjem, mogli bismo reći da bez njega učenje ne bi imalo smisla jer je pamćenje mjesto na kojem se čuvaju informacije, a ujedno je i proces unutar čovjeka koji obrađuje te informacije. Postoje tri faze pamćenja: kratkotrajno i dugotrajno.

Kratkotrajno pamćenje odnosi se na zamučivanje sadržaja ne toliko važnih da bi bilo potrebno duže zadržavati u svijesti ali potrebnih za neku svakodnevnu aktivnost. Dugotrajno odnosi se na trajno zapamćivanje bilo namjerno naučenim, bilo slučajno doživljenim sadržajima.

Biološka osnova kratkotrajnog pamćenja su bioelektrički procesi koji ne ostavljaju stalni trag u živčanom sustavu. Kod dugotrajnog pamćenja dolazi do biohemijskih promjena u

---

<sup>24</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

moždanoj kori. Opadanje sposobnosti pamćenja očituje se kao: smanjenja sposobnosti usvajanja novih znanja, smanjenju sposobnosti prisjećanja i prepoznavanja ranije naučenih sadržaja.

Slabljenje pamćenja se smatra jednim od znakova starenja. No, to slabljenje varira od osobe do osobe. Senzorno pamćenje se relativno dobro odupire starenju, kratkoročno isto tako, no dugoročno pamćenje slabi. Kako godine napreduju, pamćenje novih informacija značajno opada, ali sposobnost da se stariji ljudi prisjetе događaja iz dalje prošlosti generalno nije pogodjena protokom vremena.

Istraživači su ponudili nekoliko hipoteza pri objašnjavanju dobnih razlika u dugoročnom pamćenju:<sup>25</sup>

- Biološke hipoteze-što osoba više propada fizički, gubici u pamćenju će biti veći. Novija istraživanja sugeriraju da je degeneracija frontalnih režnjeva mozga povezana s opadanjem u epizodičkom pamćenju u starijoj dobi.
- Hipoteze procesiranja-odnose se na tri koraka potrebna za procesiranje informacija u pamćenju: kodiranje, pohrana i dosjećanje. Starije osobe su manje učinkovite u kodiranju informacija od mlađih. Nisu sklone razmišljati na način da organiziraju materijal kako bi ga lakše upamtili. Također, starije osobe imaju poteškoća pri dosjećanju informacija iz pamćenja.

Učenje definišemo kao proces sticanja novih iskustava, proces koji može biti namjeran kao naprimjer, želimo usvojiti neke nove verbalne sadržaje ili nove vještine i namjeran kada učimo slučajno iz svakodnevnih iskustava. Često se smatra da stariji ljudi imaju veliki poteškoća u učenju tj. u usvajanju novih saznanja. Učenje kod starijih ljudi može biti uspješno kao i kod mlađih ljudi samo je potrebno prilagoditi tempo učenja starijoj dobi.

Kao jedna od općih pojava karakteristična za sve intelektualne procese kod starijih ljudi je usporanje intelektualnih procesa. Intelektualne probleme stariji čovjek može uspješno riješiti ali mu je potrebno više vremena. Zaboravljanje ranije naučnih sadržaja često se prepisuje

---

<sup>25</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

starijim ljudima kao jedno od njihovih obilježja. To je jedna pojava koju svatko doživljava bez obzira na dob.

Uzroci zaboravljanja su stvaranje preslabih tragova pamćenja zbog izostanka ponavljanja kao interferencije sa drugim sadržajima. Usvajanje novih znanja na neki način djeluje na brisanje ranijih sadržaja. Ovu pojavu zovemo retroaktivnom inhibicijom.

Najviše zaboravljamо imena ljudи brojeve, datume, neugodne događaje i ono što ne razumijemo te ono što smatramо nevažnim u našim životima. Najmanje zaboravljamо ugodna iskustva ono što nam se čini vrijednim pamćenja ono što često ponavljamо i naše nekadašnje uspjehe. Ovu pojavu nazivamo optimizmom pamćenja.

Sa procesom starenja opada broj živčanih stanica u kori mozga čovjeka što se uzima kao i jedan od bitnih razloga slabljenja intelektualnih funkcija u starosti. Od ostalih razloga spominje se usporenje živčanih procesa u mozgu zbog smanjenene brzine živčanih impulsa i određeni patološki procesi koji nužno ne moraju biti uvjetovani starenjem ali koji se često pojavljuju u toj dobi. No u toku normalnog starenja ove promjene nisu toliko primjetne da bi dovole do značajnih poteškoća u normalnom životu kod starijih ljudi.

Nadalje, učenje u starijoj dobi podpomaže jedan mehanizam kojeg zovemo proaktivno olakšanje, to je pojava kada stara znanja koja je neko ranije naučio pomažu u sticanju novih. Kod normalnih i zdravih starijih osoba problem učenja novih znanja nisu toliko izražena. Inteligencija je mentalna karakteristika koja se sastoji od sposobnosti za učenje iz iskustva, prilagodbe na nove situacije, razumijevanja i korištenja apstraktnih pojmoveva, i korištenja znanja za snalaženje u okolini.

Iako se definicije inteligencije razlikuju, teoretičari se slažu da je inteligencija potencijal, a ne potpuno razvijena sposobnost. Smatra se da je inteligencija kombinacija urođenih karakteristika živčanog sustava i razvojne inteligencije, oblikovane iskustvom i učenjem. Inteligenciju je moguće mjeriti, iako nesavršeno, testovima inteligencije. Iako bi se moglo pomisliti da visoka inteligencija omogućava osobi uspjeh u društvu, mnogi drugi faktori koji utječu na društveni uspjeh čine predviđanja nepouzdanim.

Mehanizmi pretvaranja intelektualne sposobnosti u društveni uspjeh nisu u potpunosti razjašnjeni. Tako, na primjer, postoji čvrsta veza između uspjeha u osnovnoj školi i inteligencije, ali nakon toga nije više moguće predvidjeti uspjeh pojedinaca na temelju inteligencije. Postoji nekoliko faktora o kojima zavise intelektualne sposobnosti i stepen njihovog opadanja sa starošću to su:<sup>26</sup>

- Vrsta intelektualne sposobnosti npr. verbalne sposobnosti mogu sa starenjem čak i rasti dok npr. sposobnosti pamćenja i logičnog zaključivanja nakon 50-tih godina polako i opadaju.
- Stepen prijašnje razvijenosti intelektualnih sposobnosti također je od velikog utjecaja na njihovo opadanje u starosti. Inteligencija može biti u starosti i dalje sačuvana iako je ona u mladosti bila bolje razvijena.
- intezitet mentalnih aktivnosti u starosti i tokom cijelog života od velikog je značaja za očuvanje intelektualnih sposobnosti u starosti. Mentalne aktivnosti čuvaju mentalne sposobnosti od propadanja u smislu ako ih se dovoljno ne koristi tada brže propadaju. Ta činjenica može poslužiti i za unapravljenje intelektualnih sposobnosti starijih ljudi putem organiziranja raznih oblika edukacije i drugih mentalnih aktivnosti za starije ljudе.

Kreativnost je povezana sa intelektualnim osobinama pojedinca, njegovim znanjima i vještinama, te s načinom na koji je njegovo znanje struktuirano i kako se ono koristi. Istraživanja pokazuju da se ljudi mogu naučiti kreativnom mišljenju, što može biti povezano s uklanjanjem prepreka kreativnom mišljenju, kao što su npr. različiti oblici misaonih stereotipa, kao i s usvajanjem kreativnih heurističkih tehnika, kao što su npr. analiza slučaja i istraživanje analogija kad se odnose na izuzetke iz uobičajenih pravila, zatim strukturiranjem poznatih ideja i znanja tako da izgledaju strane ili neobične.

Ispitivanje utjecaja starenja na osjetne, motorne i intelektualne sposobnosti često nam ne daju odgovor na pitanje koliki je općeniti utjecaj starenja na razna postignuća koja o ovim sposobnostima ovise. Potrebno je naime razlikovati između određenih sposobnosti koje

---

<sup>26</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

predstavljaju potencijal za postizanje raznih postignuća u životu, i stvarnih postignuća koja osim o sposobnostima ovise i o mnogim drugim činiocima kao što su objektivne okolnosti, zdravstveno stanje, interesi, stavovi, stupanj motivacije, crte ličnosti i dr.

Prvi sistematski prikaz utjecaja starenja na postignuća dao je H.C. Lehman koji je 30-tih godina ovog stoljeća započeo istraživanja o povezanosti dobi i značajnih dostignuća u raznim djelatnostima. Lehman je napravio tablice dobi iz kojih se vidi u kojim su godinama poznati pojedinci učinili nešto značajno u području umjetnosti znanosti, literature, tehnologije i sl. ili pak postali poznati kao glumci, političari, državnici, vojskovođe i dr. Na temelju tih podataka utvrdio je koja vrsta postignuća je vezana uz određene dobne skupine. Tako na primjer utvrđeno su najveća postignuća iz područaja hemije ostvarena kod hemičara u dobi od 30-34 godine.

Na nekim drugim područjima npr. u filozofiji najproduktivnije razodoblje bio je period od 35-39 godina, a u poeziji period od 25-29 godina, najbolji bestseleri nastali su u dobi od 40-44 godine, najbolje tragedije i komedije od 35-39 godina.

Očito je da se najveća postignuća postižu u mlađoj i srednjoj dobi i da sa starenjem njihov broj opada. To naravno ne znači da se značajna postignuća ne ostvaruju i od strane pojedinaca i u starijoj dobi već samo to da u toj dobi značajno manji broj pojedinaca ostvaruje određena dostignuća.

Zbog čega broj postignuća opada sa starenjem. Najčešći činioci koji se spominju kao razlozi manjeg broja postignuća u starosti su: opadanje psihičke vitalosti i energije; opadanje senzomotornih kapaciteta; lošije fizičko i duševno zdravlje; osiromašenje mašte; opadanje brzine mentalnih procesa; smanjeno vrijeme posvećeno kreativnom radu; nedostatak nagrada i manji interes za nagrade.

Neki od ovih faktora u vezi su sa subjektivnim promjenama koje se u individualnim sposobnostima mijenjaju sa starošću a drugi sa objektivnim promjenama koje smanjuju motivaciju starijeg čovjeka za bavljenje onim aktivnostima kojima su usmjereni mladi ljudi sa ciljem postizavanja društvenog priznanja.

### 3.2.4. Emocije

Promjene mentalnih funkcija u starijih osoba više su istražene a, stoga i bolje poznate od onih koje se javljaju u emocijama i motivaciji. O karakteristikama čuvstava u knjizi ljudi treće životne dobi - Pečjak. V, između ostalog, navodi "...da se intenzitet emocija u jednakim situacijama sa starenjem smanjuje, što je u skladu s aktivističkom teorijom emocija, prema kojoj su emocije to intenzivnije što je organizam aktivniji" (str. 186). U ovoj se dobi javlja i osjećaj osamljenosti (gubitak bračnog partnera, prijatelja), te tjeskobe i strah od budućnosti i blizine smrti.<sup>27</sup>

S produženjem životnog vijeka raste udjel starijeg stanovništva, kao i zahtjevi za podizanjem kvalitete življenja u poznim godinama. Uz to, kao da je prosječna životna granica od 75 godina još uvijek prekratko vrijeme, jer se napor znanstvenika sve više usmjeravaju na različite postupke prodljenja života na razini gena i hromosoma. Ne treba zaboraviti i postupak kloniranja jer, čini se, nekima nije dovoljan samo jedan život. Međutim, dok istraživanja ne pokažu što doista znanost tu može napraviti, važno je i potrebno učiniti što više ovdje i sada kako bi starost, kao i druga životna razdoblja, imala, ako ne više a ono barem podjednak broj dobrih i loših strana.

Jedan od načina zasigurno je i promjena slike koju je društvo stvorilo o ovom periodu čovjekova života. Ako stariji ljudi na starost počnu gledati pozitivnije, a i njihova okolina postane njima naklonjenija, otvorit će se mnoga vrata za nova iskustva.

Naravno, u skladu sa željama i, što je još važnije, mogućnostima pojedinaca. Dobar primjer tome su univerziteti za ljude treće dobi, kursevi stranih jezika za umirovljenike, turistička putovanja itd. Veći interes naučnika i praktičara, posebno pripadnika pomagačkih struka, također može pridonijeti da i u ovom razdoblju života svaki pojedinac u što većoj mjeri pronađe sreću i smisao svoga življenja.

Depresija je u pravilu češća u starijih ljudi, ali se obično radi o blažem obliku. Učestalost depresije povećava se s dobi kao i učestalost suicida. Depresija se često pojavljuje uz demenciju, zbog infarkta ili inzulta na mozgu. Novija istraživanja pokazuju da najmanje

---

<sup>27</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

trećina stanovnika domova umirovljenika imaju psihičke tegobe, pri čemu su najčešće depresivne slike.

Mogući uzroci pojave depresivnih stanja u starijoj životnoj dobi su: osamljenost, otuđenost, nezadovoljstvo odlaskom u mirovinu, gubitak partnera, odlazak djece, smanjenje potreba i motivacije.

Ako je potrebno provesti terapiju, naglasak se stavlja na održavanje samopoštovanja, organizaciju slobodnog vremena i kvalitetnih sadržaja te pronalaženje aktivnosti koje prema preostalim sposobnostima čovjek može obavljati. Za neke od takvih aktivnosti danas se u svijetu organiziraju i dnevne bolnice.

Mnogi od nas poznaju ljude u kojima odlazak u mirovinu izaziva zabrinutost i tjeskobu jer je današnja generacija umirovljenika suočena s nizom problema pogotovo onih finansijske prirode. Osim smanjenih prihoda, ograničene društvene aktivnosti i manjih kontakata s okolinom, pojavljuju se i brojne druge narcističke povrede, jer osoba koja nije u radnom odnosu nije toliko tražena kao prije te odlaskom u mirovinu gubi na važnosti. Svi ti faktori dovode do povećane psihičke osjetljivosti.

Najčešći izvori opasnosti za psihičko zdravlje su i velika pasivnost i povlačenje jer vode u osamljenost koja je danas jedan od glavnih problema u starijoj dobi. Većina starijih ljudi žali za prošlošću, osjeća da više nema što očekivati od budućnosti, pojavljuju se sumnja, neodlučnost, strah, ponekad i zablude mišljenja, pogrešna tumačenja očekivanja i iluzije. U toj dobi čest je multimorbiditet. Iako pojedini poremećaji ne moraju imati invalidizirajući karakter, hronične bolesti i ograničenja svakako sprečavaju ispunjenje želja.<sup>28</sup>

Biti umirovljenik nova je uloga na koju se treba priviknuti i koju treba prihvati, jer život umirovljenika traži novu organizaciju vremena. Priprema za umirovljenje trebala bi se sastojati od redefiniranja odnosa prema partneru, prihvatanje novih međugeneracijskih odnosa (unuci), odnos prema profesiji, revidiranje dosadašnjih i traženje novih interesa, odnos prema vlastitom identitetu i prema finansijskomaterijalnoj sigurnosti. Potrebno je pronaći novi identitet u kojem ima mjesta za samopoštovanje i aktivnost. Posebno je važno

---

<sup>28</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

uspostavljati nove odnose, preuzeti nove uloge kao npr. ulogu djeda i bake koja pruža ponovni doživljaj mladosti i ispunjava veseljem i osjećajem korisnosti. Na taj način može se očuvati i razvijati volja za životom. Umirovljenici mogu znatno pridonijeti vlastitoj obitelji i društvu, zato ih treba na odgovarajući način povezati i dati smisao njihovim aktivnostima.

### 3.3. Reakcije na psihičke promjene i staračku dob

Promjena motivacije za većinu aktivnosti kojom se čovjek bavio u periodu aktivne profesionalne djelatnosti jedna je od suštinskih psihičkih promjena kod starih ljudi koja iz osnove mjenja manifestnu sliku ponašanja, pa time i predstavu koju imamo o mentalnim procesima kod većine osoba u ovom životnom periodu. Danas se navodi veći broj tipičnih reakcija na starenje i starost. Među njima najviše se navodi:<sup>29</sup>

- Konstruktivni stav prema životu zrelih osoba. Obično se osobe iz ove grupe opisuju kao stabilne, sposobne za uspostavljanje toplih odnosa sa drugim ljudima, uživaju u životu, imaju smisla za humor, svjesne su svojih nedostataka, vrijednosti u budućnosti. Preduslov za ovako pozitivno reakcije su uglavnom sređeno djetinjstvo, stabilan brak, uspješna profesionalna karijera, odsustvo finansijskih teškoća i napredovanje na osnovu sopstvenih sposobnosti.
- Zavisnost: Osobine iz ove grupe u materijalnom i emocionalnom pogledu oslanjanja na druge. Ovakve osobe su obično neambiciozne, rado odlaže u penziju, sve manje žele da preuzimaju odgovornost i često vole da žive izvan svojih mogućnosti, često su i submisive.
- Odbrambeni stav. Ova grupa starijih i starih može biti naglašenija suzdržana i kontrolisana, koje mogu biti vezane i za navike. Rad im često služi kao odbrana od suočavanja sa starošću i teškoćama koje starost nosi. Često su zatvoreni i nerado se poveravaju, naročito kada je reč o porodici i psihosocijalnim odnosima. Takođe, nektirički često starost i smrt ignoriraju kao problem. Razmišljanje o tim problemima uglavnom potiskuju drugom aktivnošću. U njihovoј životnoј historiji ovih osoba iz

---

<sup>29</sup> Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.

ove grupe nalaze se česti profesionalni padovi u karijeri, a i drugi neuspjesi. Prema mladima mogu da dominiraju zavist i neprijateljsko raspoloženje.

## 4. KVALITET ŽIVOTA I KVALITET ZDRAVLJA

Kvalitet života je široki pojam koji se koristi u mnogim prirodnim i društvenim naukama. On obuhvata aspekte spoljašnje sredine u kojoj živimo (npr. kvalitet vode i vazduha), kao i socijalno-geografske aspekte (npr. postojanje različitih kultura). Kada se ovaj pojam odnosi na zdravlje, tj. na praćenje određenih medicinskih intervencija, uobičajeno je da se koristi termin "kvalitet života u vezi sa zdravljem". Iz perspektive zdravlja kvalitet života se odnosi na socijalno, emocionalno i fizičko blagostanje bolesnika nakon liječenja.<sup>30</sup>

Kvalitet života predstavlja funkcionalni efekat bolesti i posljedične terapije na bolesnika, onako kako to sam bolesnik zapaža. Postoje četiri velike oblasti koje doprinose sveukupnom kvalitetu života ljudi: fizička i radna sposobnost, psihološki status, socijalni kontakt. „Kvalitet života se definiše kao percepcija pojedinaca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrijednosti u kojima žive, kao i prema svojim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima. To je široki koncept koga čine fizičko zdravlje pojedinaca, psihološki status, materijalna nezavisnost, socijalni odnosi i njihovi odnosi prema značajnim karakteristikama spoljašnje sredine.<sup>31</sup>

U posljednjih dvadesetak godina zabilježen je izraziti porast zanimanja za procjenu kvaliteta života uslovljenu zdravljem. Postoji više razloga zbog čega je procjena kvaliteta života uslovljene zdravljem postala značajna. Jedan od osnovnih je proširenje definicije zdravlja koju je utvrdila Svjetska zdravstvena organizacija. Postoje sve veći zahtjevi ispitivanja efikasnosti, neškodljivosti i isplativosti novih strategija liječenja kod kojih odnos troška i koristi treba uključivati i bolesnikov osjećaj zdravlja. Stručnjaci različito definišu kvalitetu života. Sagledavanje kvalitete života neizostavno se veže uz zdravlje te uključuje više faktora, primarno je usmjerena na bolesnika i dinamično je konstruirana.<sup>32</sup>

Postoji opće mišljenje da kvaliteta života vezana uz zdravlje u punom smislu obuhvaća četiri područja koja opisuju bolesnikov doživljaj zdravlja i bolesti: fizičko zdravlje i simptomi; funkcionalni status i aktivnosti svakodnevnog života; mentalna dobrobit (uključujući

<sup>30</sup> Penezić, Z. (1999). *Zadovoljstvo životom: Relacije sa životnom dobi i nekim osobnim značajkama*. Magistarski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.

<sup>31</sup> Penezić, Z. (2004). *Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi – provjera teorije višestrukih diskrepancija*. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.

<sup>32</sup> Veenhoven, R. (1995). *The Study of Life Satisfaction*. Budapest.

egzistencijalne i duhovne aspekte života); socijalno zdravlje, uključujući izvršavanje socijalnih uloga te socijalnu podršku.<sup>33</sup>

Narušeno zdravstveno stanje i sam tok bolesti može dovesti do blagih ili dramatičnih promjena u pojedinim ili svim odrednicama kvalitete života, sa složenim interakcijama između bolesti i liječenja, te individualne reakcije bolesnika na socijalno okruženje.<sup>34</sup>

#### **4.1. Razvoj koncepta kvalitete života**

Često se koriste termini kvaliteta života, subjektivna kvaliteta života, zadovoljstvo životom i sl., no pitanje je jesu li ovo sinonimi istog koncepta. U stranoj literaturi (Cummins, 2000) uvriježen je termin kvaliteta života, iako se zapravo mjeri subjektivno zadovoljstvo životom u cjelini ili njegovim pojedinim aspektima.

#### **4.2. Kvaliteta života opće populacije**

Provedena su brojna istraživanja sa svrhom otkrivanja kolika je zapravo kvaliteta života opće populacije. Pitanja koja su postavljena u svrhu dobivanja tog podatka uglavnom su bila varijacija pitanja: „Koliko ste zadovoljni svojim životom u cijelosti?“. Cummins (2000) je prikupljene nalaze standardizirao na skalu od 0-100% skalnog maksimuma (%SM) kako bi ih mogao međusobno usporediti.

Dobivenim nalazima pokazao je da u zapadnim zemljama prosječna kvaliteta života iznosi  $75\pm2.5\%$  skalnog maksimuma. Ukoliko se tome pridodaju i nalazi u ne-zapadnim zemljama dobiveni prosjeci kreću se u rasponu od 60 do 80%SM. Ovi rezultati dobiveni su usporedbom među različitim populacijama, a analizom rezultata unutar pojedine populacije, pokazalo se da standardno odstupanje rezultata od prosjeka varira unutar raspona  $18.59\pm2.68\%$ SM. Time je pokazano da se variranje rezultata unutar pojedine populacije također ograničava na gornji raspon skale (40-100%SM) (Cummins, 1999, prema Cummins, 2000).<sup>35</sup>

Uočivši da ljudi subjektivno zadovoljstvo životom uglavnom opisuju koristeći se pozitivnim dijelom skale raspona od nezadovoljan do zadovoljan, Cummins i saradnici (2003) su

<sup>33</sup> Veenhoven, R. (1995). The Study of Life Satisfaction. Budapest.

<sup>34</sup> Ibid.

<sup>35</sup> Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research.

objasnili da se kvaliteta života održava u homeostazi. Homeostatički sistem sličan je ravnoteži koja se javlja kod krvnog tlaka ili tjelesne temperature, koje se u normalnim okolnostima zadržavaju na optimalnoj razini za funkcioniranje organizma. Slično je i s kvalitetom života. Interakcija okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca određuje subjektivnu procjenu kvalitete života.

Među osobinama ličnosti ističu se ekstraverzija, neuroticizam, optimizam i lokus kontrole kao čimbenici koji utječu na procjenu zadovoljstva životom. U svakodnevnom životu subjektivna percepcija kvalitete života prilično je stabilna te se u prosjeku procjenjuje kao  $\frac{3}{4}$  maksimalne vrijednosti. Do narušavanja ravnoteže subjektivnog doživljaja dolazi ukoliko dođe do promjena u okolnim uvjetima ili nekoj od psiholoških varijabli pojedinca. Međutim, ljudi imaju tendenciju i u takvim situacijama pronaći ravnotežu i vratiti se u homeostazu.<sup>36</sup>

Bolest pojedinca izazov je njegovoj ravnoteži, međutim odnos medicinskog zdravlja i razine subjektivne kvalitete života nije jednoznačan. Iako se obolijevanje odražava na razinu kvalitete života, osobine ličnosti odrediti će veličinu te promjene. Naime, bolest izaziva tjelesne simptome i time ograničava funkcioniranje, ali ima i indirektne učinke kao što su promjene u radnoj sposobnosti i veća ovisnost o drugima. Sve to vrlo često dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca koje se manifestiraju u depresiji, anksioznosti, osjećaju bespomoćnosti i smanjenom osjećaju kontrole. No, nalazi istraživanja kroničnih bolesnika i njihove subjektivne kvalitete života nisu konzistentni. Nekonzistentnost je dijelom uvjetovana metodološkim razlozima, ali neki autori sugeriraju da su psihološke posljedice i doživljavanje bolesti ono što dovodi do razlike u podacima.

Ograničenje mnogih instrumenata je njihova primjenjivost isključivo na populaciju oboljelih osoba. Teme koje takvi instrumenti zahvaćaju, povezane isključivo sa zdravljem, mogu biti preuske za adekvatno zahvaćanje kvalitete života zdravih osoba. Zbog toga i usporedba bolesnih i zdravih ljudi postaje otežana i gubi smisao.<sup>37</sup> Čak i oni instrumenti koji omogućuju širu primjenu, na zdrave i oboljele osobe, mjere kvalitetu života u kontekstu samo jedne kulture, čime se gubi mogućnost međukulturalne usporedbe rezultata. Jedno od takvih istraživanja provedeno je na uzorku od 11 000 osoba oboljelih od povišenog tlaka, dijabetesa,

<sup>36</sup> Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. Social Indicators Research.

<sup>37</sup> De Vries, J. i Van Heck, G.L. (1997). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation Study with the Dutch Version. European Journal of Psychological Assessment, 13 (3), 164-178.

artritisa, srčanih oboljenja i depresije u Americi (Wells, Steward i Hays, 1989; prema Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo i Pecina, 2001).<sup>38</sup> Upitnikom SF36 (36 čestica ispituju 8 domena kvalitete života) pokazalo se da je kvaliteta života depresivnih bolesnika jednako niska kao i kroničnih tjelesnih bolesnika u usporedbi sa zdravom populacijom. Međutim brojna istraživanja na različitim psihiatrijskim skupinama navode depresiju kao najznačajniji prediktor snižene subjektivne kvalitete života.

U skladu s time nekoliko je istraživanja pokazalo da depresivni bolesnici postižu na kvaliteti života čak i niže rezultate nego kronični tjelesni bolesnici (Ormel i sur., 1994; prema Bonicatto i sur., 2001; Ormel i sur., 1999, Atkinson i sur., 1997, Kuehner, 2002; sve prema Kuehner i Buerger, 2005).<sup>39</sup> Ograničenje u svim spomenutim istraživanjima je to što niti jedan od instrumenata kojima je zahvaćena kvaliteta života nije razvijen niti vrednovan za korištenje u različitim kulturama. Bonicatto i suradnici (2001) ispitali su zdrave te psihički i tjelesno oboljele osobe upitnikom koji je razvijen međukulturalnom suradnjom (WHOQOL) te su potvrdili da depresivni bolesnici postižu niže rezultate na upitniku zadovoljstva životom nego tjelesni bolesnici, a zdrave osobe izražavaju najviše zadovoljstvo životom od spomenutih skupina.

#### 4.3. Mjerenje kvaliteta života

U literaturi postoje brojna istraživanja kvalitete života i pojedinih aspekata koji tu kvalitetu čine. Ekonomisti procjenjuju kvalitetu života na temelju društvenog proizvoda ili ekonomskog standarda, dok je za ekologe kvaliteta života ovisna prvenstveno o očuvanosti prirodne sredine. Nutricionisti zastupaju zdravu prehranu kao važan činitelj kvalitetnog života, a sociolozi se bave društvenim odnosima među različitim grupama ljudi. Menadžeri su usmjereni na kvalitetu života u radnoj organizaciji na koju utječu radni uvjeti i odnosi na radu. Psiholozi i zdravstveni djelatnici proučavaju kvalitetu života sa stajališta pojedinca. Oni često kvalitetu života dovode u vezu sa zdravljem. Zbog toga postoje brojni instrumenti kojima se zahvaća i mjeri konstrukt kvalitete života povezan sa domenom zdravlja, a može ih se podijeliti u tri skupine.

<sup>38</sup> Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. i Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic mental diseases in Argentina. Social Science and Medicine, 52, 911-919.

<sup>39</sup> Kuehner, C. i Buerger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles and social support. Journal of Affective Disorders, 86, 205-213.

Prvu skupinu čine opći upitnici kojima se zahvaća veći broj područja kvalitete života te su oni stoga uglavnom višedimenzionalni. Takva vrsta upitnika ima najširu upotrebu te se koristi kod različitih bolesti, ali i kod zdrave populacije ljudi gdje se ispituju demografske i međukulturalne razlike u kvaliteti života. Od instrumenata ove vrste često se koriste Profil učinka bolesti (Sickness Impact Profile; Bergner, Bobbit, Carter i Gilson, 1981), SF-36 (Ware, 1993) i Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (The World Health Organization Quality of Life Instrument; The World Health Organization Quality of Life Group 1996).

Drugu skupinu čine instrumenti vezani uz tačno određene bolesti, razvijeni za specifičnu uporabu među pacijentima sličnih tegoba. Neki od njih konstruirani su za tegobe vezane uz oboljenja od raka, artritisa, dijabetesa, srčanih bolesti i sl., a upitnicima se zahvaćaju one domene kvalitete života koje su značajne za pojedino oboljenje. Kod pacijenata oboljelih od artritisa kvaliteta života često se ispituje Skalom za mjerjenje utjecaja oboljenja od artritisa (Arthritis Impact Measurement Scale; Meenan, Gertman i Mason, 1980). Kod rakom oboljelih pacijenata upotrebljava se Skala Europske organizacije za liječenje oboljelih od raka (European Organization for Research on Treatment of Cancer; Aaronson i sur., 1993).<sup>40</sup>

I na kraju, treću skupinu instrumenata čine mjere pojedinačnih domena kvalitete života, poput tjelesnog funkcioniranja ili psihičkog zdravlja. Primjer ove vrste upitnika je Beckov inventar depresivnosti (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock i Erbaugh 1961).

#### **4.4. Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije**

Poticaj za razvoj ovog upitnika bila je želja za izradom instrumenta primjenjivog u različitim kulturama, zemljama različitog stupnja industrijskog razvoja, različite dostupnosti zdravstvenih usluga i drugih čimbenika koji mogu utjecati na kvalitetu života. Kako bi se osiguralo okruženje za razvoj upitnika potrebno je bilo univerzalno definirati kvalitetu života. Jedan od takvih poduhvata pokrenula je Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), formiranjem skupine za ispitivanje kvalitete života. Prema njima, kvaliteta života definira se

<sup>40</sup> Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Fletchtner, H., Fleishman, S.B., De Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. i Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. Journal of the National Cancer Institute, 85, 365-376

kao percepcija uloge pojedinca u kontekstu kulture i vrijednosti u kojima živi te u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige (The World Health Organization Quality of Life Group, 1996). Iz spomenutog je vidljivo da se ovdje radi o subjektivnoj evaluaciji kvalitete života u okvirima kulture, socijalne okoline i okruženja u kojem pojedinac živi.<sup>41</sup>

Kako bi se instrumentom uzele u obzir različitosti pojedinih kultura, odabrano je 15 zemalja, centara za ispitivanje kvalitete života, koje su bile uključene u izradu Upitnika kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (u dalnjem tekstu WHOQOL). U projektu su sudjelovali istraživači iz 15 zemalja sa svih kontinenata (iz Europe su bile uključene Hrvatska, Španjolska, Rusija i Velika Britanija). Cilj projekta bila je konstrukcija psihometrijski valjanog instrumenta koji će biti moguće upotrebljavati u različitim kulturama i koji će stoga pružati odgovore na složenija pitanja o međusobnom utjecaju psiholoških, tjelesnih i socijalnih varijabli na zdravlje pojedinca. Upitnik WHOQOL se u originalu sastoji od 100 čestica (WHOQOL-100) koje ispituju 6 domena kvalitete života: tjelesno zdravlje, psihičko zdravlje, nezavisnost, socijalne odnose, okolinu i religiozna/osobna vjerovanja. Upitnik je primjenjiv na oboljele osobe, na osobe pod stresom i na zdravu populaciju ljudi.

Nedavne analize pokazale su da se domena nezavisnosti može povezati s domenom tjelesnog zdravlja, a da se duhovne i religijske vrijednosti mogu uvrstiti u domenu psihičkog zdravlja. Tako dobiveni model bio je polazište za izradu upitnika WHOQOL-BREF, koji pokriva 4 domene kvalitete života, ukupno zadovoljstvo životom te zadovoljstvo zdravljem.

#### **4.5. Zadovoljstvo životom u trećoj životnoj dobi**

Neki znanstvenici tvrde da se kvaliteta života starijih ljudi neće značajnije popraviti sve dok se ne počne tretirati sam mehanizam starenja, umjesto ublažavanja njegovih simptoma, što je trenutna praksa. Do prije samo nekoliko godina nije postojao značajniji interes za istraživanje procesa starenja, a jedan od razloga je bio taj što нико nije vjerovao da je moguće boriti se protiv starenja. No, stvari se polako mijenjaju.

---

<sup>41</sup> The World Health Organization Quality of Life Group (1996). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: Programme on mental health.

Genetičke studije pokazuju da ne postoji jedan određeni gen odgovoran za starenje, nego se radi o kombinaciji djelovanja više zasebnih dijelova našeg genoma. Na primjer, smanjimo li količinu hrane koju dajemo životnjama, one će živjeti duže. U laboratorijskim eksperimentima, štakori koji su dobivali manje hrane bili su boljeg mentalnog stanja, obolijevali su u kasnijoj životnoj dobi, i u manjem su omjeru patili od ozbiljnih bolesti. Njihov životni vijek produžio se za minimalno 15, do čak 30%. Vjeruje se da smanjeni unos kalorija u organizmu uzrokuje promjenu stanja, od normalnog, do stanja u kojem se rast i starenje usporavaju.

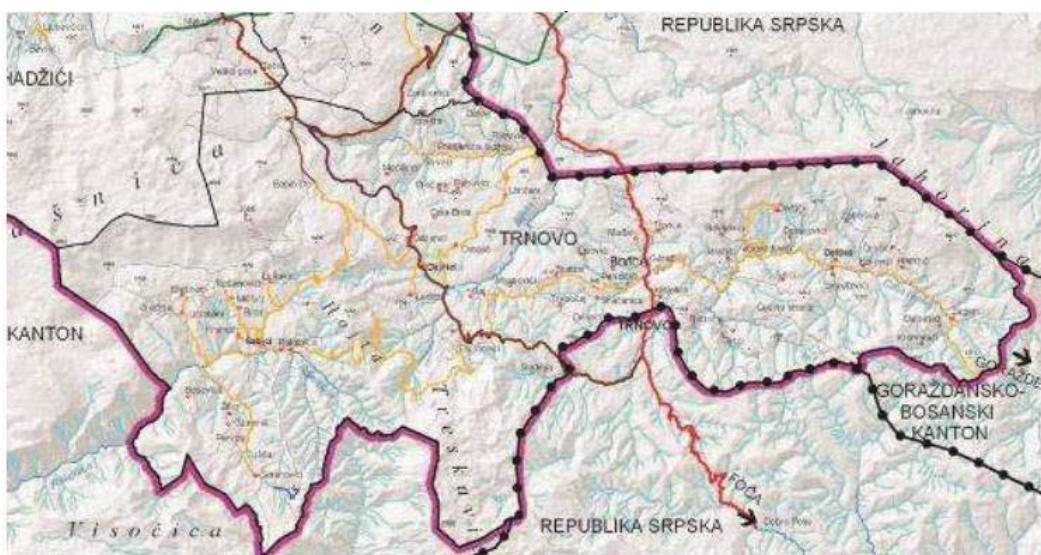
Postizanje prosječnog životnog vijeka od 100 ili više godina sastoji se u održavanju kvalitete života: vodimo li brigu o svom tijelu, hranimo li se pravilno, izbjegavamo li pušenje, povećat ćemo vjerojatnost da i sami jednog dana doživimo stotu godinu.

## 5. SOCIJALNI POLOŽAJ I POTREBE PENZIONERA NA PODRUČJU OPĆINE TRNOVO

### 5.1. Opšti podaci o općini

Općina Trnovo se nalazi oko 30 km jugo-istočno od Sarajeva. Prije rata, općina je zauzimala površinu od 451 km<sup>2</sup>, dok je Dejtonskim sporazumom podijeljena a dio koji je pripao FBiH ima površinu od 338,4 km<sup>2</sup>. Sadašnja Općina Trnovo administrativno pripada Kantonu Sarajevo i čini 26,5% ukupne površine Kantona dok sa 0,2% učestvuje u ukupnom broju stanovnika Kantona Sarajevo i najveća je općina Kantona. Kanton Sarajevo sastoji se od 9 općina, 4 općine koje pripadaju gradu Sarajevu (Stari Grad, Centar, Novo Sarajevo, Novi grad) i 5 okolnih općina (Iličići, Hadžići, Trnovo, Vogošća i Ilijas).<sup>42</sup>

Općina Trnovo graniči sa Općinama Iličići, Hadžići, Konjic i Foča-Ustikolina u Federaciji BiH i sa Opštinama Trnovo, Kalinovik i Pale u Republici Srpskoj, što se uočava i na narednoj karti na kojoj su granice općine iscrtane punom crnom linijom.



Slika 1. Karta općine Trnovo

<sup>42</sup> Općina Trnovo (2012). Strategija održivog razvoja općine Trnovo za period 2012. – 2016. godine. Trnovo.



**Slika 2. Prikaz mjesnih zajednica općine Trnovo**

Općina Trnovo administrativno pripada Kantonu Sarajevo i Federaciji BiH, a regionalno pripada i ekonomski je povezana sa makroregijom Sarajevo. Unutar BiH je utvrđeno pet regija, koje su u procesu definiranja i formiranja institucionalnih okvira. Jedna od njih je i Makroregija Sarajevo (SMR).<sup>43</sup>

Općina Trnovo je locirana na planinskim obroncima Bjelašnice, Igmana, Visočice, Treskavice i Jahorine. Gradić Trnovo kao najveći urbani, kulturni, ekonomski, privredni i prometni centar igra važnu ulogu u komunikaciji od središnjeg dijela BiH ka jugo-istočnom. Teritorij Općine se nalazi na nadmorskim visinama između 650 i 2.080 metara nad morem, a prosječna visina je 900 metara.<sup>44</sup>

## 5.2. Kratak historijat općine

Tragovi života na području Trnovske kotline datiraju još iz predistorijskog doba, mada danas postoji jako malo dokumenata koji mogu sigurno potvrditi ove činjenice. Danas umjesto dokumenata do kojih je svakako teško doći, govore spomenici koji imaju status pravno zaštićenih spomenika sa kojima se Trnovo može ponositi kao jedna od rijetkih općina. Područje općine karakteriše veliki broj arheoloških mesta, dobro očuvanih nekropola stećaka koja se prostiru uz srednjovjekovna naselja i kamenolome, a redovno su postavljana pokraj ondašnjih, a i današnjih, puteva, na humkama i zarovima. Mnoga su znamenita mjesta i spomen obilježja Stare i novije historije, posebno prahistorijski arheološki lokaliteti kakav je i Grad Šišići - prahistorijska gradina, Ruda glavica (Tošići Trnovo) paleolitska stanica u pećini,

<sup>43</sup> Općina Trnovo (2012). Strategija održivog razvoja općine Trnovo za period 2012. – 2016. godine. Trnovo.

<sup>44</sup> Ibid.

Gradina Prečani, zatim Gradac Bogatići, Gradac Trnovo – utvrda iz Srednjeg vijeka, potom srednjevijekovne nekropole Šabići i Rakitnica (58 srednjevijekovnih nadgrobnih spomenika stećaka) koje takođe imaju status pravno zaštićenih spomenika, ali su nažalost danas vidno oštećenih i uništeni. Stećci su svojevrsna arheološka enigma u Bosni i Hercegovini, likovni prikazi na njima su uglavnom šematisirani i tek će detaljna istraživanja dati precizne odgovore na pitanja o njihovoj starosti, razlozima nastanka, svrhi postojanja i njihovim tvorcima. U arheološkoj literaturi ovaj kraj nije često spominjan. Popis iz 1468. godine kao i svi naredni popisi do kraja 15. stoljeća na sarajevskom području bilježe pet trgova, u kojem je Trnovo upisano kao selo sa 200 kuća, dok je Blažuj sa svega 69 kuća imao status trga.<sup>45</sup>

Dakle, brojnost stanovništva nije bio kriterij za određivanje statusa naselja. Trnovo kao grad koji danas poznajemo, ali i općina, se počinje takođe razvijati dolaskom Osmanlija na ove prostore što potvrđuju i islamski vjerski objekti posebno gradska džamija koja napravljena 1565. godine ili stara džamija u Umoljanima iz 1716. godine odnosno džamija u Lukavcu iz 1766. godine itd. Razvitak grada se nastavlja i dolaskom Austro-Ugarske monarhije kada se grad bitno proširio.

U njemu je sjedište kotorske ispostave, srpsko-pravoslavne parohije sa starom crkvom svetog velikomučenika Georgija izgrađene 1886. godine, oružničke postaje, Narodne osnovne škole koja je osnovana 1889. godine, zatim brzojav, nadcestar i vojarna-kasarna. Za vrijeme prve Jugoslavije ni grad a niti općina se nisu mnogo razvijali. Tokom Drugog svjetskog rata Trnovo biva pod okupacijom.

Broj stanovnika u Trnovu se vidljivo povećavao: 1895. godine Trnovo je imalo 5.422 stanovnika, 1910. godine 6.091, sve do 1981. godine kada je po popisu bilo 9.550 stanovnika, a po posljednjem službenom popisu iz 1991. godine 6.996 stanovnika (Bošnjaci – 4.886, Srbi – 2.093 i Hrvati – 17) iz čega je također vidljiv nastanak trenda opadanja iz razloga nagle industrijalizacije Sarajevskog regiona pa se stanovništvo preseljavalo radi stalnog zaposlenja. Poslije potpisivanja Daytonskog mirovnog sporazuma, općina Trnovo je podijeljena na dva dijela: Općina Trnovo FBiH i Opština Trnovo RS. Obje spomenute općine su do 1992. godine bile dio jedinstvene bosanskohercegovačke općine.<sup>46</sup>

<sup>45</sup> Općina Trnovo (2012). Strategija održivog razvoja općine Trnovo za period 2012. – 2016. godine. Trnovo.

<sup>46</sup> Općina Trnovo (2012). Strategija održivog razvoja općine Trnovo za period 2012. – 2016. godine. Trnovo.

### **5.3. Opšti podaci o stanovništvu**

Prema statistici iz 2011. godine, općina Trnovo, sa 2.495 stanovnika, je najrjeđe naseljena od svih devet općina u Sarajevskom kantonu. Prema podacima Službe za zapošljavanje Kantona Sarajevo iz juna 2011. godine ukupno prijavljenih na području Općine Trnovo je 2.495 stanovnika. Gustina naseljenosti na području općine Trnovo je 7,4 stanovnika/ km<sup>2</sup> , što je čak 12 puta manja gustina naseljenosti od prosječne u općinama Federacije BiH.

Trnovo je po zvaničnim statističkim podacima među najmanje naseljenim općinama u FBiH, zauzimajući po gustini naseljenosti čak 75. mjesto od ukupno 79 općina u FBiH koje su obuhvaćene ovom analizom. Od njega manju gusinu naseljenosti imaju samo općine Kupres, Glamoč, Ravno i Bosansko Grahovo (koje je npr sa 2,7 stanovnika/ km<sup>2</sup> čak 2.745,7 puta manje naseljeno od općine Novo Sarajevo koja kao najnaseljenija ima 7.413,5 stanovnika/ km<sup>2</sup> ). Potrebno je naglasiti da trenutno ne postoje u potpunosti precizni i pouzdani podaci o broju stanovnika na području općine Trnovo, jer je zadnji popis stanovništva izvršen prije više od 20 godina tj. 1991. godine, kada je područje koje ona pokriva imalo 3.188 stanovnika<sup>8</sup> . Za vrijeme i nakon rata u BiH (1992.-1995.) došlo je do značajnih migracija stanovništva i demografskih promjena, što za posledicu ima situaciju da na ovom području, po procjenama, živi samo četiri petine predratnog stanovništva, te da je sadašnji broj stanovnika umanjen u odnosu na predratni za čak 21,7%. Ova činjenica da i zvanična statistika upotrebljava samo procijenjene podatke o broju stanovnika objektivno predstavlja veliku poteškoću u sagledavanju realne slike stanja pomoću brojčanih pokazatelja, tj. u praćenju pojava u privrednom i društvenom životu općine Trnovo čije se iskazivanje bazira na broju stanovnika u cjelini i po pojedinim njegovim kategorijama.<sup>47</sup>

Općina ima najnepovoljniju starosnu strukturu stanovništva, tj najveći postotak stanovnika iznad 65 godina na području KS. Prema raspoloživim podacima od ukupno 2.495 stanovnika na području općine Trnovo radno-sposobno (u dobi od 15 do 64 godina) je 62,9%, a u starije od 65 godina spada čak 28,4% stanovnika. Očit je negativan trend u pogledu starosne strukture stanovništva, koji se manifestuje kroz sve veće starenje populacije i to na štetu radno-sposobnih stanovnika.<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Ibid.

<sup>48</sup> Općina Trnovo (2012). Strategija održivog razvoja općine Trnovo za period 2012. – 2016. godine. Trnovo.

Prijeratna etnička struktura stanovništva bila je sačinjena od 82,9% bošnjačkog, 15,7% srpskog i 1,4% ostalog stanovništva. Ne postoje zvanični poslijeratni podaci o etničkoj strukturi ukupnog stanovništva na području općine, ali procjene na bazi biračkih spiskova ukazuju na to da trenutno na teritoriji općine Trnovo živi oko 96% Bošnjaka i oko 4% Srba. Svjetske religije zastupljene na području općine su Islam i Pravoslavno krišćanstvo.<sup>49</sup>

#### **5.4. Društveni razvoj (stanovništvo, obrazovanje i kvalitet života)**

Na području općine živi oko 2.495 stanovnika u 59 naseljenih mjesta sela i zaseoka. Po zvaničnoj statistici općina Trnovo ima 56 naseljenih mjesta. U posljednjih nekoliko godina je na teritoriji općine Trnovo zabilježena stagnacija prirodnog prirasta stanovništva.

Prirodno kretanje stanovništva po mjestu prebivališta, ukazuje da su u 2010. godini od 19 živorodenih, svi rođeni u zdravstvenim ustanovama, među njima je bilo 5 muške i 14 ženske novorođenčadi, a od 29 umrlih, od kojih je troje umrlo nasilnom smrću, bilo je 18 muških i 11 ženskih stanovnika. U toku 2010. godine sklopljeno je ukupno 17 brakova, a nijedan brak nije razveden. Općina Trnovo ima izuzetno visok procenat odsutnog stanovništva, koji po statističkim podacima ukazuje da je 2010. godine bilo odsutno 21,7% predratnog stanovništva, što je nepovoljnija situacija od prosjeka za općine u Federaciji BiH u kojoj je 2010. bilo odsutno 15,25% predratnog stanovništva, tako da se može zaključiti da su i migraciona kretanja, nepovoljna na području općine.<sup>50</sup>

Veoma mali broj stanovnika u Trnovu utiče na to da je tržište rada veoma nerazvijeno, kako sa kvantitativnog tako i sa aspekta kvalifikacione strukture radne snage, s druge strane ne postoji ni ozbiljna potražnja za radnom snagom. Po statističkim podacima omjer radnospособnog stanovništva u odnosu na druge kategorije je nepovoljniji u općini Trnovo nego što je prosjek Federacije BiH.

Na području općine Trnovo nalazilo se u 2010. godini ukupno 398 penzionera, što znači da je na svakog zaposlenog postojao 1 pensioner. Jedino je prosječna invalidska penzija na području općine Trnovo premašivala u 2010. godini prosjek Federacije BiH, dok su u svim

---

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> Ibid.

ostalim kategorijama penzioneri iz ove općine primali prosječno niže iznose nego u Federaciji BiH, što ukazuje na nezadovoljavajući socijalni status tog dijela populacije.<sup>51</sup>

### **5.5. Ispitivanje kvalitete života, socijalnog položaja i potreba penzionera na području općine Trnovo**

Upitnik WHOQOL-BREF predstavlja skraćenu verziju upitnika WHOQOL-100 koji je konstruirala Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) u svrhu procjene kvalitete života. Psihometrijska istraživanja su pokazala da je WHOQOL-BREF pouzdan i validan instrument, te visoko korelira s WHOQOL-100, oko 0.89. Zbog manjeg broja pitanja i bržeg rješavanja daje mu se prednost pred WHOQOL-100. Boduje se percepcija kvalitete života u svakoj od 4 domene upitnika posebno (fizičko zdravlje, psihološko stanje, društvena interakcija, te okoliš), pri čemu je skala usmjerena pozitivno, što znači da veći broj bodova predstavlja veću kvalitetu života. Upitnik se sastoji od 26 pitanja, a svako se pitanje boduje Likertovom skalom od 1 (najlošije) do 5 (najbolje). Nakon transformacija bodova, koje se vrše u dva koraka, bodovi za pojedinu domenu su unutar skale 0-100.

Osnovni socio-demografski podaci biće prikazani u tabelama ili grafički, kao i svi ostali relavantni podaci koji su od značaja za rezimiranje istraživanja. Baza podataka će biti napravljena u Microsoft Excell-u, a relavantni podaci biće obrađeni u programu za analizu statističkih podataka SPSS (*Statistical package for the social sciences*).

---

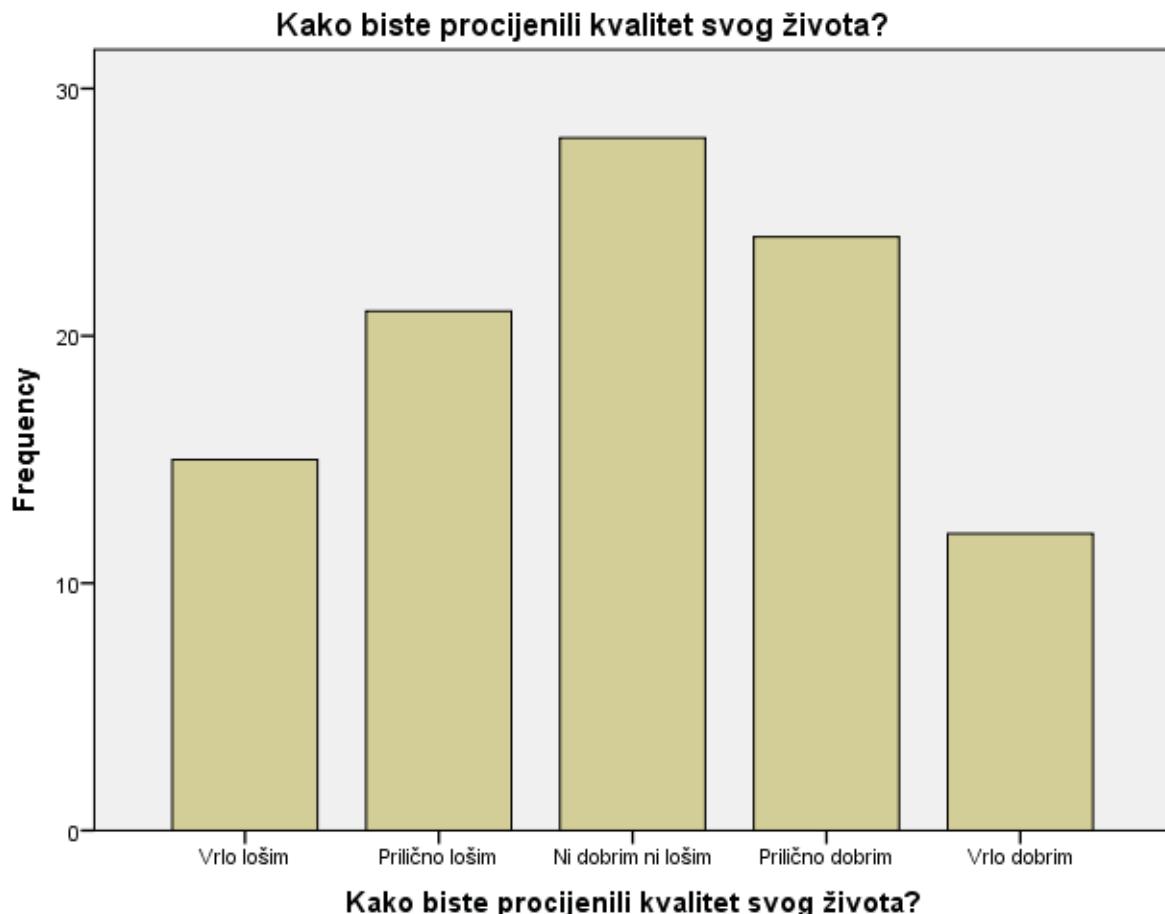
<sup>51</sup> Općina Trnovo (2012). Strategija održivog razvoja općine Trnovo za period 2012. – 2016. godine. Trnovo.

## 5.6. Rezultati i analiza ankete

**Tabela 1. Kako biste procijenili kvalitet svog života?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vrlo lošim	15	14.7	15.0	15.0
	Prilično lošim	21	20.6	21.0	36.0
	Ni dobrim ni lošim	28	27.5	28.0	64.0
	Prilično dobrim	24	23.5	24.0	88.0
	Vrlo dobrim	12	11.8	12.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Ispitanici kvalitet svog života procjenjuju ni dobrim ni lošim (ukupno 27.5% ispitanika). Nakon toga slijede ispitanici koji su uglavnom zadovoljni kvalitetom svog života i njih je 23.5%.

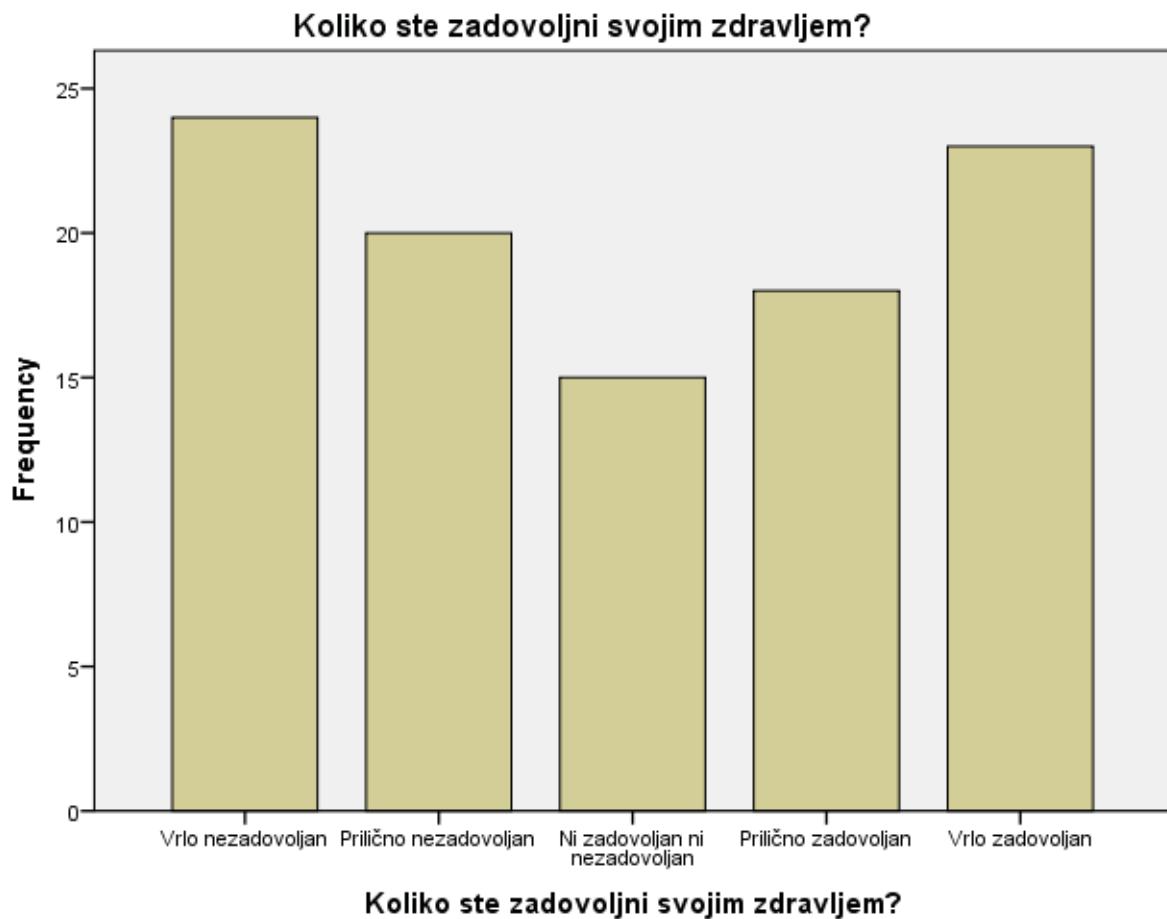


**Grafikon 1. Kako biste procijenili kvalitet svog života?**

**Tabela 2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vrlo nezadovoljan	24	23.5	24.0	24.0
	Prilično nezadovoljan	20	19.6	20.0	44.0
	Ni zadovoljan ni nezadovoljan	15	14.7	15.0	59.0
	Prilično zadovoljan	18	17.6	18.0	77.0
	Vrlo zadovoljan	23	22.5	23.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Najveći procenat ispitanika smatra kako nisu zadovoljni svojim zdravljem, nakon čega slijedi procenat onih koji su vrlo zadovoljni svojom zdravstvenom situacijom.



**Grafikon 2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?**

**Tabela 3. Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	21	20.6	21.0	21.0
	Pomalo	18	17.6	18.0	39.0
	Umjereno	22	21.6	22.0	61.0
	U znatnoj mjeri	24	23.5	24.0	85.0
	U najvećoj mjeri	15	14.7	15.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Poznata je činjenica da veliki broj starijih osoba ima određenih bolova, zbog čega nisu u mogućnosti da izvršavaju svoje obaveze. Najveći broj ispitanika smatra da ih bolovi u znatnoj mjeri sprečavaju u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, nakon čega slijedi procenat onih kojima bolovi umjereno stvaraju probleme.

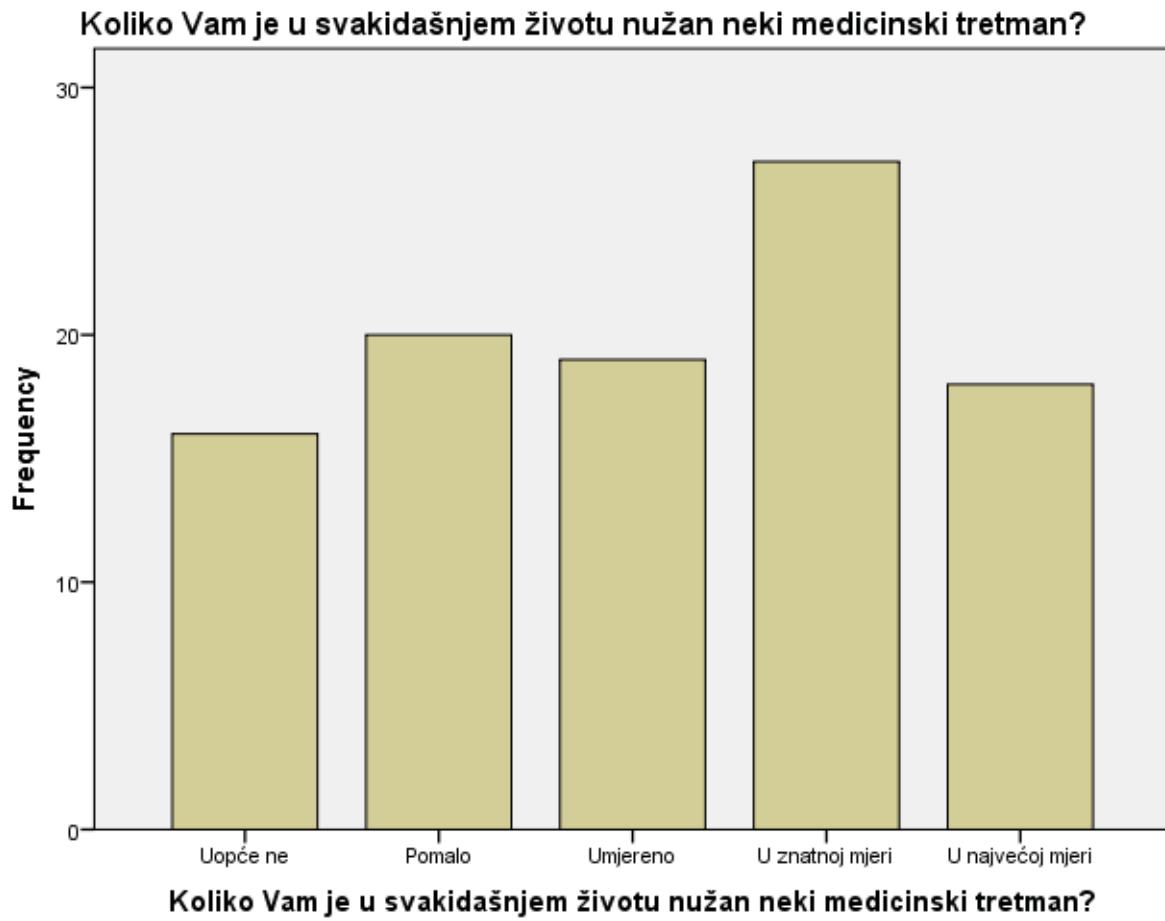


**Grafikon 3. Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza?**

**Tabela 4. Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	16	15.7	16.0	16.0
	Pomalo	20	19.6	20.0	36.0
	Umjereni	19	18.6	19.0	55.0
	U znatnoj mjeri	27	26.5	27.0	82.0
	U najvećoj mjeri	18	17.6	18.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Najveći broj ispitanika smatra da im je u svakidašnjem životu nužan neki od medicinskih tretmana. Detaljni procenti se mogu pogledati u tabeli i grafikonu.

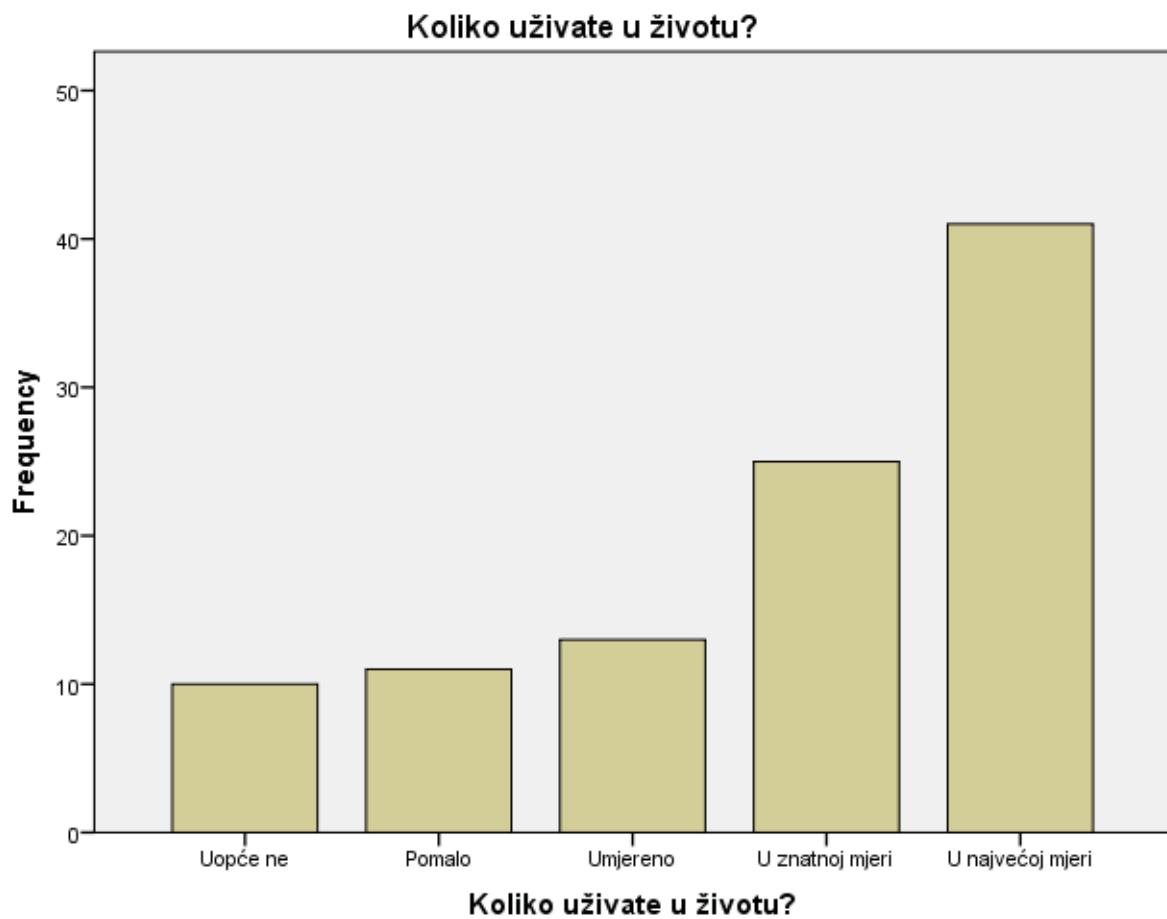


**Grafikon 4. Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?**

**Tabela 5. Koliko uživate u životu?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	10	9.8	10.0	10.0
	Pomalo	11	10.8	11.0	21.0
	Umjereno	13	12.7	13.0	34.0
	U znatnoj mjeri	25	24.5	25.0	59.0
	U najvećoj mjeri	41	40.2	41.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Bez obzira na određeni broj problema kada je u pitanju zdravlje (što smo vidjeli u prethodnim tabelama i na prethodnim grafikonima), naši ispitanici u najvećoj mjeri uživaju u svom životu i svojoj starosti.

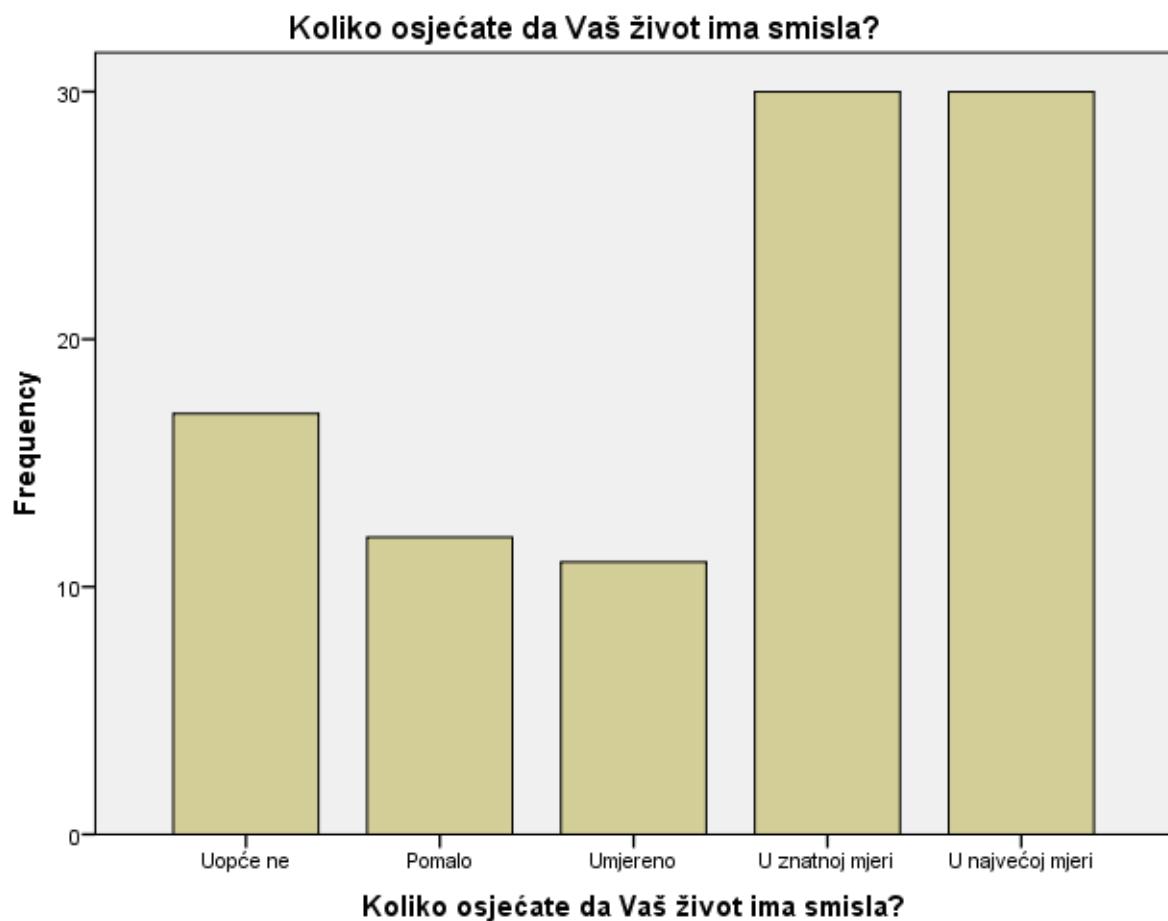


**Grafikon 5. Koliko uživate u životu?**

**Tabela 6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	17	16.7	17.0	17.0
	Pomalo	12	11.8	12.0	29.0
	Umjereno	11	10.8	11.0	40.0
	U znatnoj mjeri	30	29.4	30.0	70.0
	U najvećoj mjeri	30	29.4	30.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Naši ispitanici smatraju u najvećoj mjeri da njihov život ima smisla, što se svakako vezuje za prethodno pitanje koje se tiče zadovoljstva životom.



**Grafikon 6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?**

Grafikon 6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?

**Tabela 7. Koliko se dobro možete koncentrirati?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	22	21.6	22.0	22.0
	Pomalo	14	13.7	14.0	36.0
	Umjereno	23	22.5	23.0	59.0
	U znatnoj mjeri	27	26.5	27.0	86.0
	U najvećoj mjeri	14	13.7	14.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Na sedmo postavljeno pitanje, evidentno je da je skoro pa jednak procenat onih ispitanika koji imaju problema sa koncentracijom, i onih koji se mogu dobro skoncentrisati u znatnoj mjeri. Procenti se mogu pogledati u tabeli 7.



**Grafikon 7. Koliko se dobro možete koncentrirati?**

**Tabela 8. Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	8	7.8	8.0	8.0
	Pomalo	9	8.8	9.0	17.0
	Umjereno	13	12.7	13.0	30.0
	U znatnoj mjeri	30	29.4	30.0	60.0
	U najvećoj mjeri	40	39.2	40.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
Total		102	100.0		

Skoro svi ispitanici smatraju da se osjećaju fizički sigurnima u svom svakidašnjem životu.



**Grafikon 8. Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?**

**Tabela 9. Koliko je zdrav Vaš okoliš?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	31	30.4	31.0	31.0
	Pomalo	19	18.6	19.0	50.0
	Umjereni	15	14.7	15.0	65.0
	U znatnoj mjeri	20	19.6	20.0	85.0
	U najvećoj mjeri	15	14.7	15.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

S obzirom na činjenicu da se ne vodi dovoljno računa o okolišu i njegovoj zaštiti, ispitanici zbog navedenog smatraju da njihov okoliš nije u potpunosti zdrav.

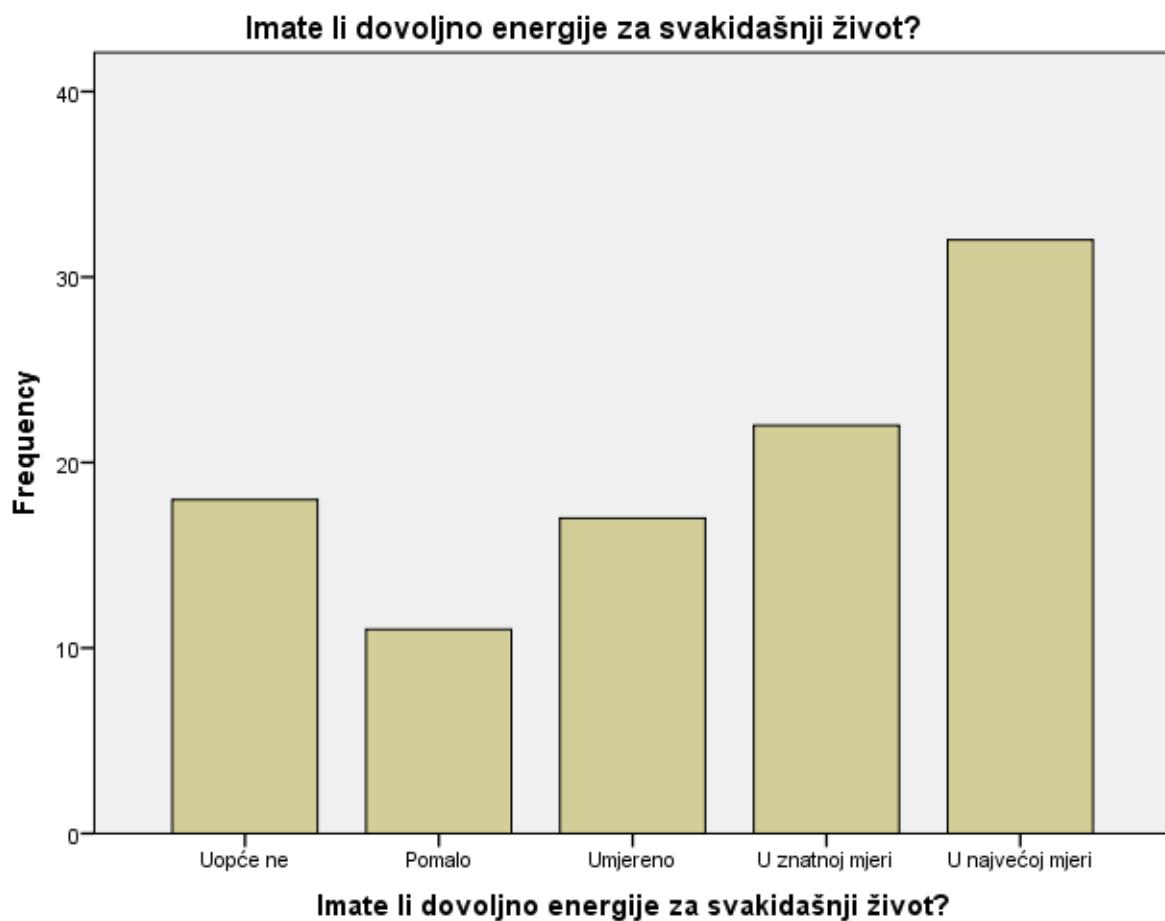


**Grafikon 9. Koliko je zdrav Vaš okoliš?**

**Tabela 10. Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	18	17.6	18.0	18.0
	Pomalo	11	10.8	11.0	29.0
	Umjereno	17	16.7	17.0	46.0
	U znatnoj mjeri	22	21.6	22.0	68.0
	U najvećoj mjeri	32	31.4	32.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
Total		102	100.0		

Bez obzira na starost, ispitanicima to ne predstavlja problem u kontekstu potrebne energije za obavljanje svakodnevnih obaveza, te naši ispitanici smatraju da u većoj mjeri imaju energije za svakidašnji život.

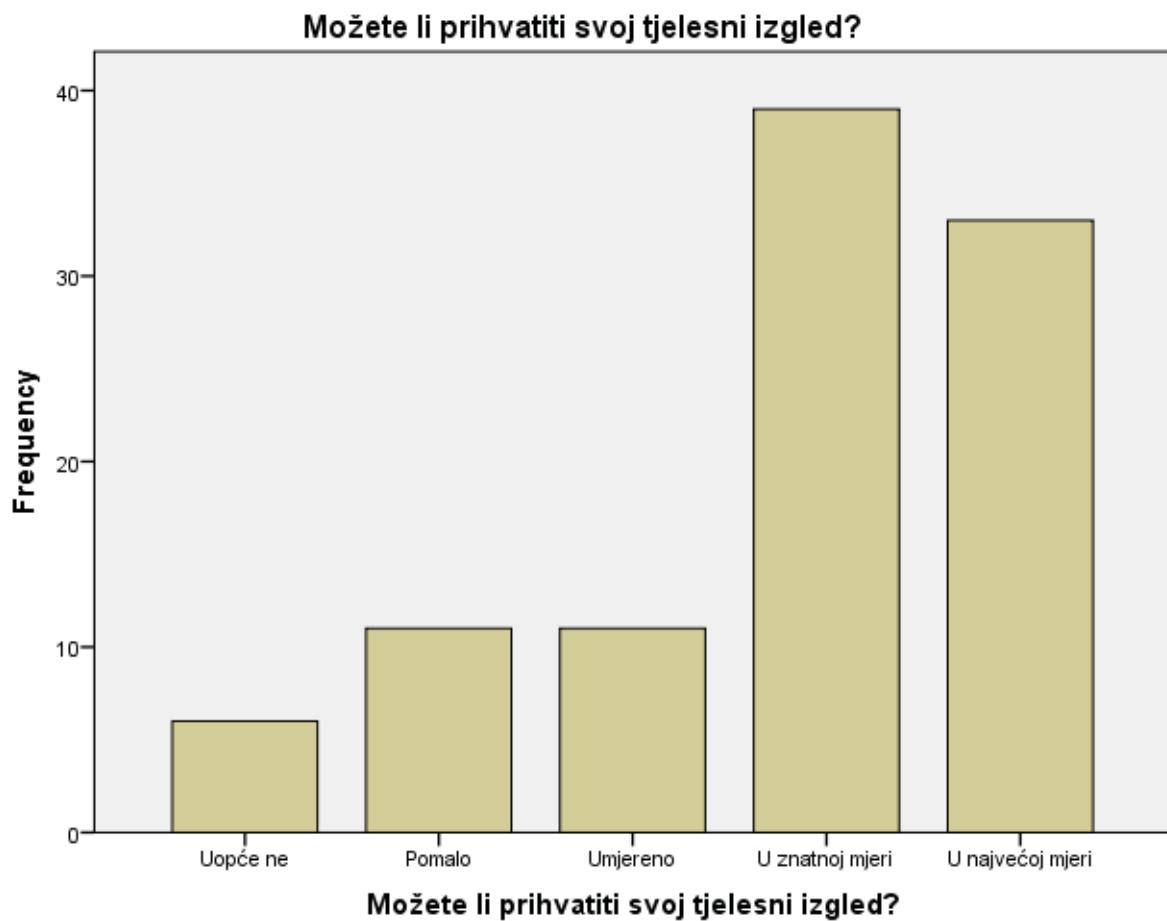


**Grafikon 10. Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?**

**Tabela 11. Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	6	5.9	6.0	6.0
	Pomalo	11	10.8	11.0	17.0
	Umjereno	11	10.8	11.0	28.0
	U znatnoj mjeri	39	38.2	39.0	67.0
	U najvećoj mjeri	33	32.4	33.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Na 11. postavljeno pitanje, naši ispitanici smatraju da mogu bez problema prihvatiti svoj tjelesni izgled.

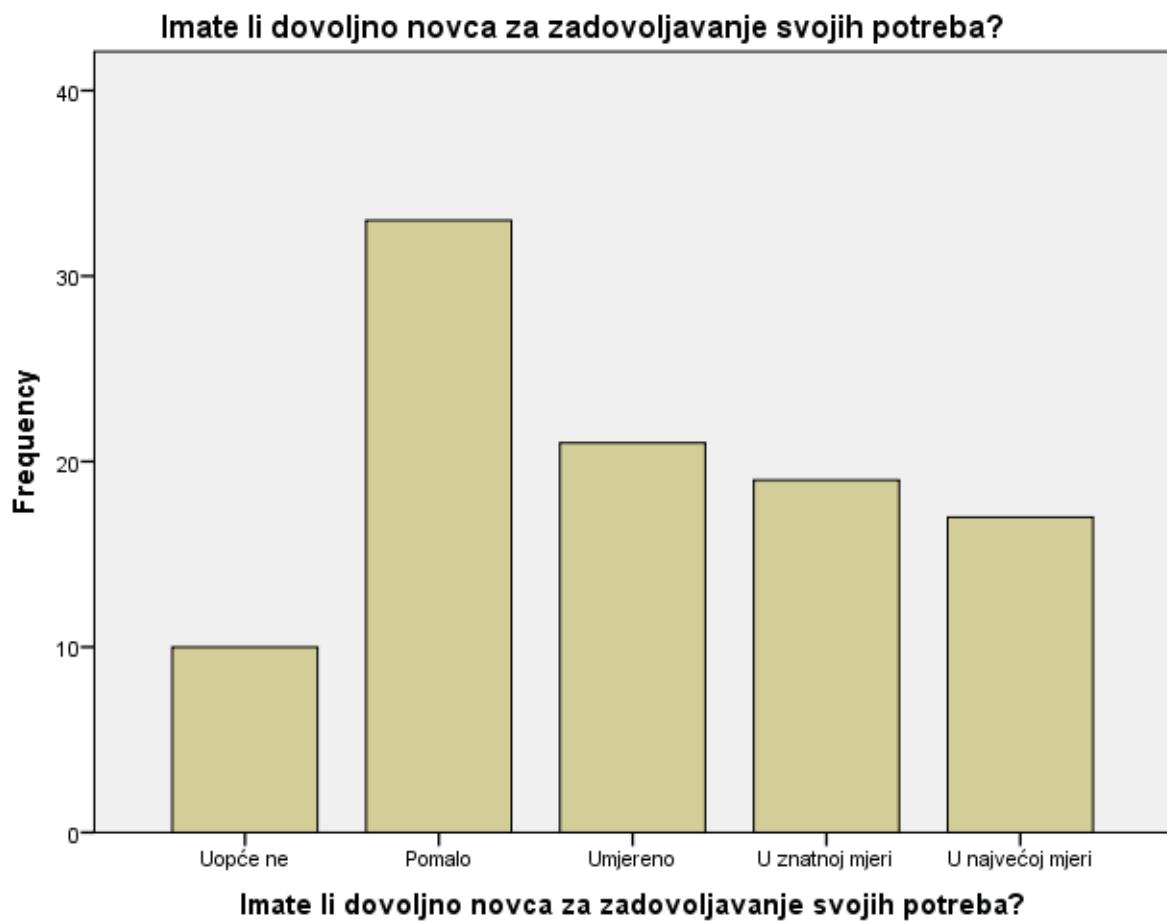


**Grafikon 11. Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?**

**Tabela 12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	10	9.8	10.0	10.0
	Pomalo	33	32.4	33.0	43.0
	Umjereno	21	20.6	21.0	64.0
	U znatnoj mjeri	19	18.6	19.0	83.0
	U najvećoj mjeri	17	16.7	17.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Opće poznata činjenica u našoj zemlji jeste da su penzije izrazito male, te da penzioneri jedva preživljavaju i da su na samom rubu egzistencije. Zbog toga nas ne iznenađuje činjenica da ispitanici uglavnom nemaju dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba.



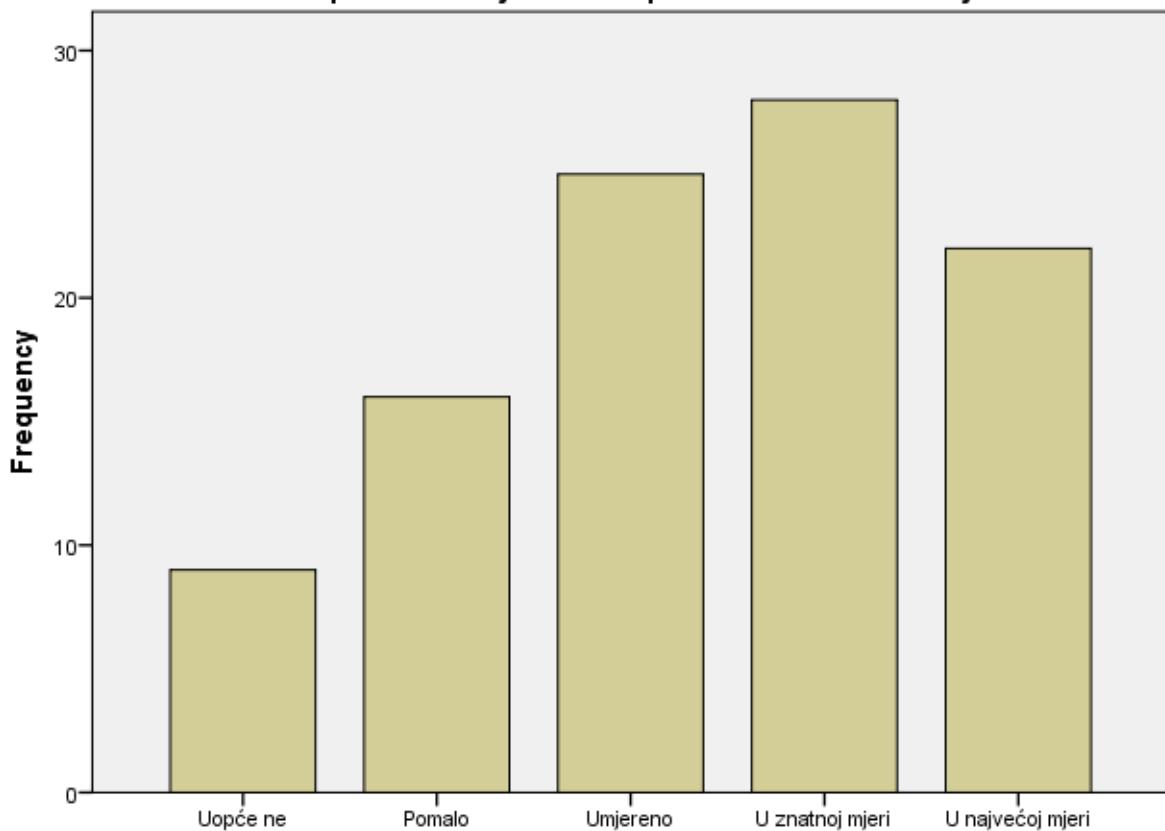
Grafikon 12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba?

**Tabela 13. Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	9	8.8	9.0	9.0
	Pomalo	16	15.7	16.0	25.0
	Umjereno	25	24.5	25.0	50.0
	U znatnoj mjeri	28	27.5	28.0	78.0
	U najvećoj mjeri	22	21.6	22.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
Total		102	100.0		

Ispitanici uglavnom smatraju da su im umjereno ili u znatnoj mjeri dostupne informacije koje su im potrebne u svakidašnjem životu.

**Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?**



**Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?**

**Grafikon 13. Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu?**

**Tabela 14. Imate li prilike za rekreaciju?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	13	12.7	13.0	13.0
	Pomalo	11	10.8	11.0	24.0
	Umjereno	14	13.7	14.0	38.0
	U znatnoj mjeri	30	29.4	30.0	68.0
	U najvećoj mjeri	32	31.4	32.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Ispitanici u najvećoj mjeri imaju priliku za rekreaciju u smislu laganih šetnji i slično.

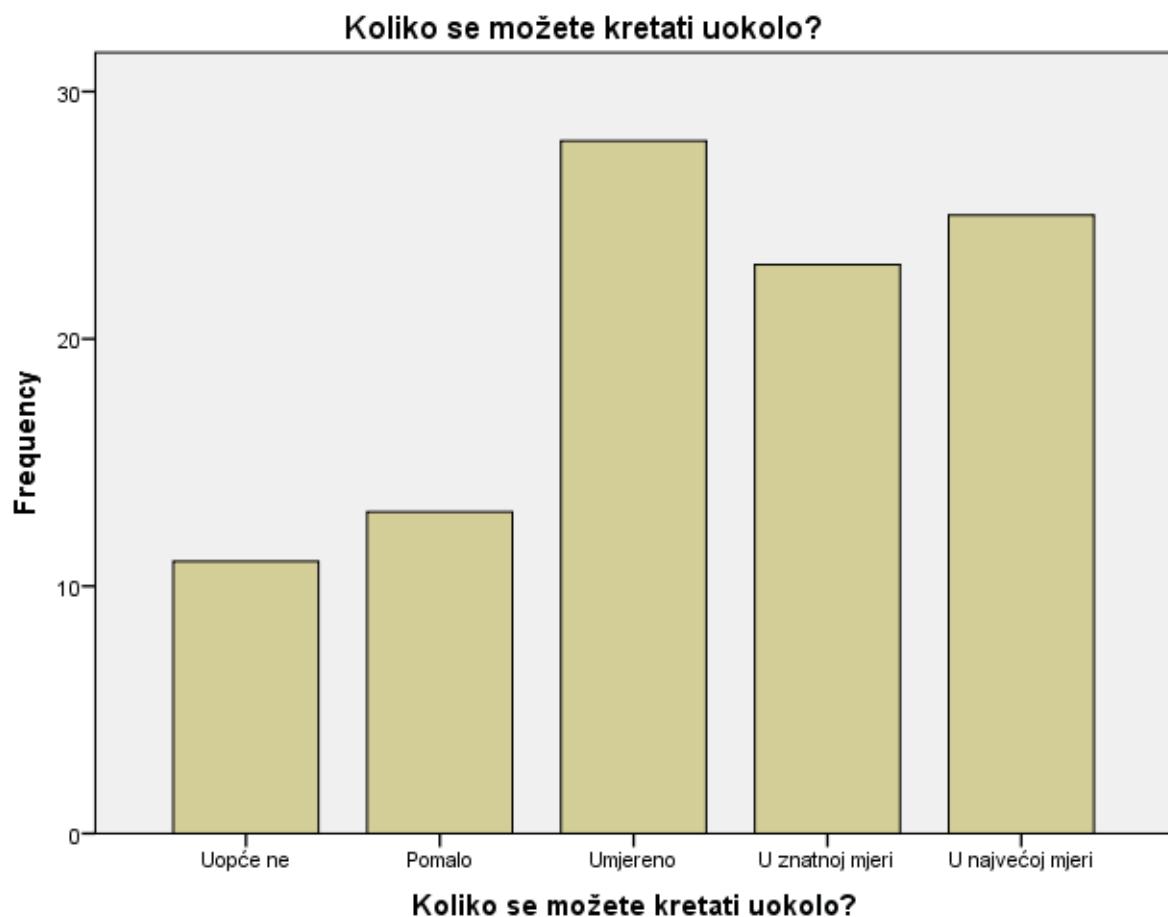


**Grafikon 14. Imate li prilike za rekreaciju?**

**Tabela 15. Koliko se možete kretati uokolo?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	11	10.8	11.0	11.0
	Pomalo	13	12.7	13.0	24.0
	Umjereno	28	27.5	28.0	52.0
	U znatnoj mjeri	23	22.5	23.0	75.0
	U najvećoj mjeri	25	24.5	25.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Kada je u pitanju kretanje, ispitanici ili imaju umjereno probleme sa kretanjem, ili se u znatnoj ili većoj mjeri mogu kretati uokolo.



**Grafikon 15. Koliko se možete kretati uokolo?**

**Tabela 16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	9	8.8	9.0	9.0
	Pomalo	14	13.7	14.0	23.0
	Umjereno	41	40.2	41.0	64.0
	U znatnoj mjeri	23	22.5	23.0	87.0
	U najvećoj mjeri	13	12.7	13.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Ispitanici imaju s vremena na vrijeme određene probleme sa spavanjem, pa su s obzirom na navedeno umjereno zadovoljni svojim spavanjem.



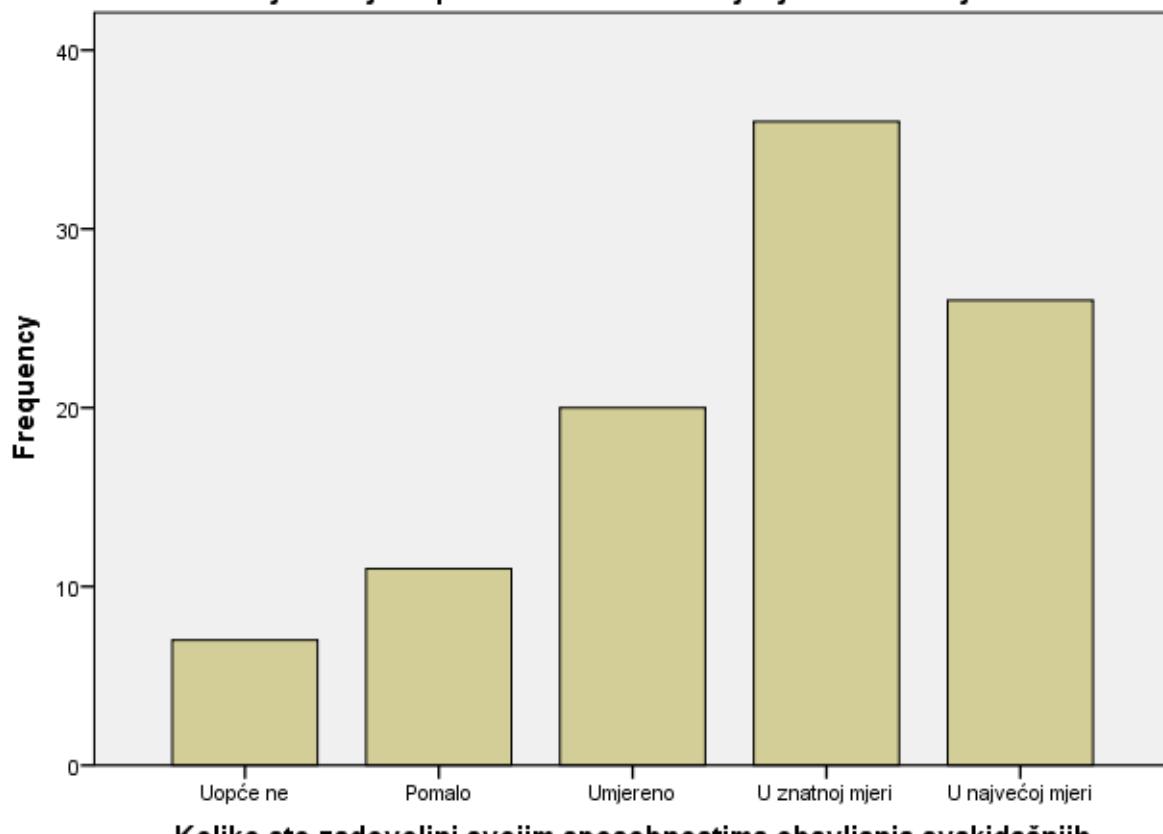
**Grafikon 16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem?**

**Tabela 17. Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	7	6.9	7.0	7.0
	Pomalo	11	10.8	11.0	18.0
	Umjereno	20	19.6	20.0	38.0
	U znatnoj mjeri	36	35.3	36.0	74.0
	U najvećoj mjeri	26	25.5	26.0	100.0
Total		100	98.0	100.0	
Missing	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Ispitanici su u znatnoj ili većoj mjeri zadovoljni svojim sposobnostima za obavljanje svakidašnjih aktivnosti.

**Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?**



**Grafikon 17. Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti?**

**Tabela 18. Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	15	14.7	15.0	15.0
	Pomalo	23	22.5	23.0	38.0
	Umjereno	25	24.5	25.0	63.0
	U znatnoj mjeri	22	21.6	22.0	85.0
	U najvećoj mjeri	15	14.7	15.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

S obzirom na godine u kojima se nalaze, ne iznenađuje nas odgovor na ovo pitanje. Ispitanici su uglavnom umjereno zadovoljni svojim radnim sposobnostima.



**Grafikon 18. Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?**

**Tabela 19. Koliko ste zadovoljni sobom?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	8	7.8	8.0	8.0
	Pomalo	9	8.8	9.0	17.0
	Umjereno	15	14.7	15.0	32.0
	U znatnoj mjeri	34	33.3	34.0	66.0
	U najvećoj mjeri	34	33.3	34.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Odgovori na 19. pitanje izrazito su značajni, s obzirom da su pokazali da su ispitanici u znatnoj ili većoj mjeri zadovoljni sobom.



**Grafikon 19. Koliko ste zadovoljni sobom?**

**Tabela 20. Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	4	3.9	4.0	4.0
	Pomalo	7	6.9	7.0	11.0
	Umjereno	11	10.8	11.0	22.0
	U znatnoj mjeri	28	27.5	28.0	50.0
	U najvećoj mjeri	50	49.0	50.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
Total		102	100.0		

Podrška i kvalitetni odnosi sa bliskim osobama od velikog su značaja za kvalitet nečijeg života. Najveći broj ispitanika u najvećoj mjeri je zadovoljno odnosima sa bliskim osobama.

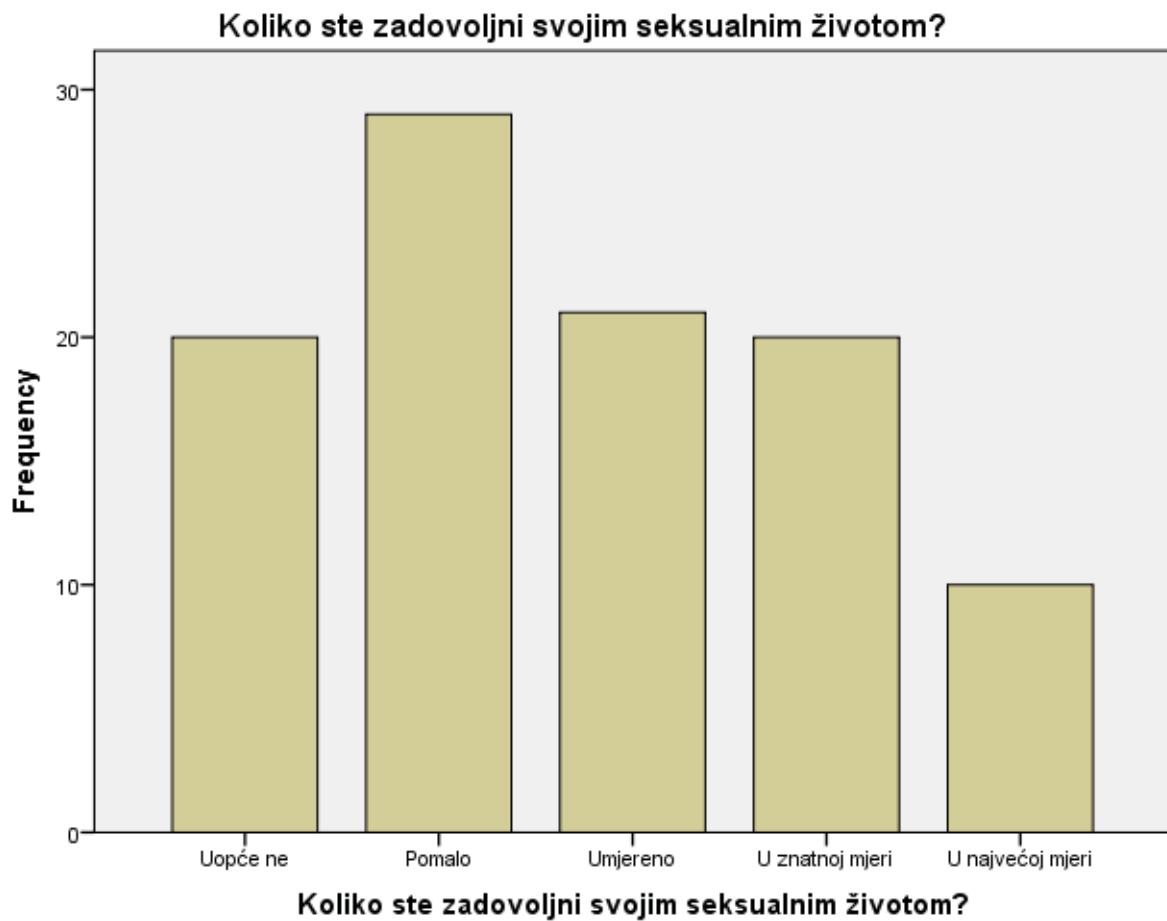


**Grafikon 20. Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?**

**Tabela 21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	20	19.6	20.0	20.0
	Pomalo	29	28.4	29.0	49.0
	Umjereno	21	20.6	21.0	70.0
	U znatnoj mjeri	20	19.6	20.0	90.0
	U najvećoj mjeri	10	9.8	10.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
Total		102	100.0		

Kada je u pitanju kvalitet seksualnog života, ispitanici su uglavnom pomalo zadovoljni istim. Iz priložene tabele i grafikona vidimo da su odgovori na ovo pitanje skoro pa identični.



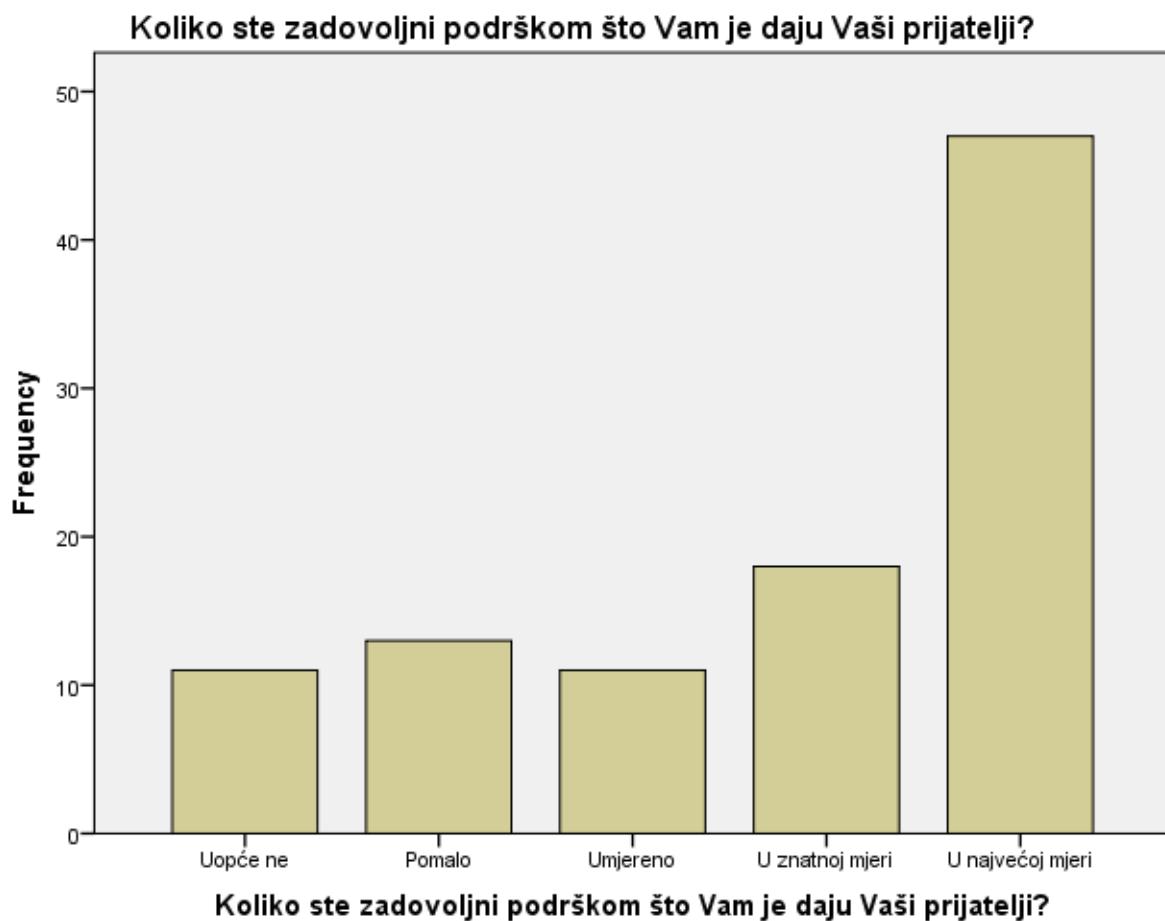
**Grafikon 21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?**

Grafikon 21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?

**Tabela 22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	11	10.8	11.0	11.0
	Pomalo	13	12.7	13.0	24.0
	Umjereno	11	10.8	11.0	35.0
	U znatnoj mjeri	18	17.6	18.0	53.0
	U najvećoj mjeri	47	46.1	47.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
Total		102	100.0		

Podrška prijatelja i drugih bliskih osoba, kako smo već naveli, od velikog je značaja. S obzirom na navedeno, pohvalna je činjenica da su naši ispitanici u najvećoj mjeri zadovoljni podrškom što im je daju prijatelji.



**Grafikon 22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?**

**Grafikon 22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?**

**Tabela 23. Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	11	10.8	11.0	11.0
	Pomalo	14	13.7	14.0	25.0
	Umjereno	18	17.6	18.0	43.0
	U znatnoj mjeri	37	36.3	37.0	80.0
	U najvećoj mjeri	20	19.6	20.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Kada je u pitanju stambeni prostor u kojem ispitanici žive, isti su u znatnoj mjeri zadovoljni uslovima svog stambenog prostora.

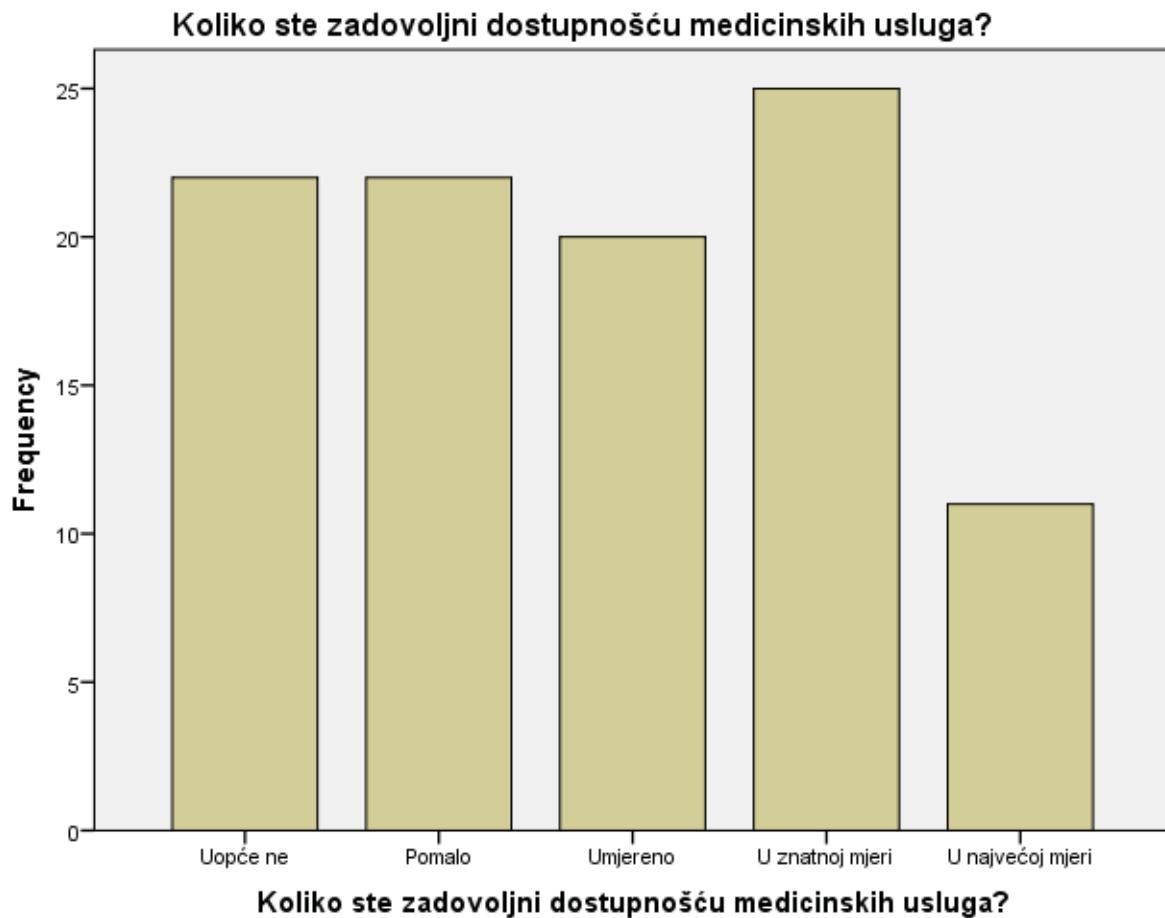


**Grafikon 23. Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?**

**Tabela 24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	22	21.6	22.0	22.0
	Pomalo	22	21.6	22.0	44.0
	Umjereni	20	19.6	20.0	64.0
	U znatnoj mjeri	25	24.5	25.0	89.0
	U najvećoj mjeri	11	10.8	11.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Za osobe treće životne dobi, medicinska usluga je od velikog značaja. Nažalost, ispitanici ili nisu zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga, ili su pomalo odnosno umjereni zadovoljni navedenom uslugom.



**Grafikon 24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?**

**Tabela 25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Uopće ne	14	13.7	14.0	14.0
	Pomalo	24	23.5	24.0	38.0
	Umjereno	23	22.5	23.0	61.0
	U znatnoj mjeri	24	23.5	24.0	85.0
	U najvećoj mjeri	15	14.7	15.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Opće poznata je činjenica da prevoz u BiH nije organizovan na najbolji mogući način, zbog čega nas ne iznenađuje činjenica da ispitanici uglavnom nisu zadovoljni uslugom prevoza.



**Grafikon 25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?**

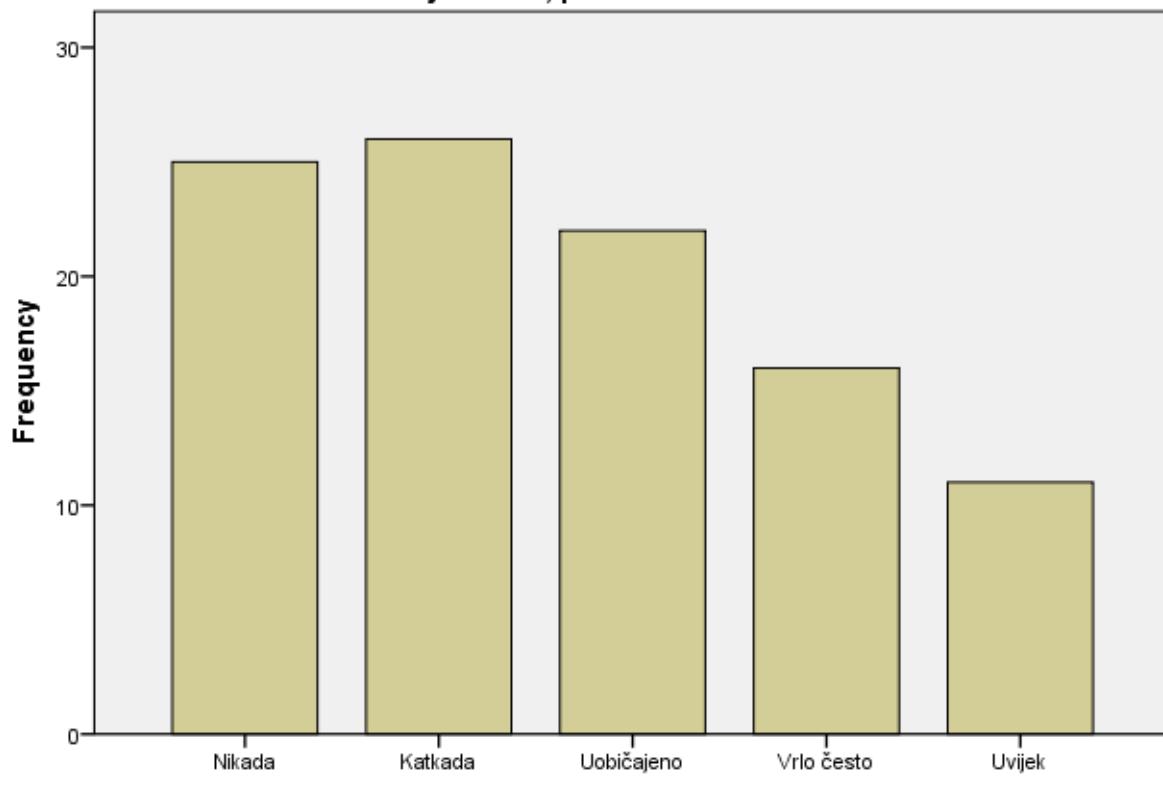
**Grafikon 25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?**

**Tabela 26. Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nikada	25	24.5	25.0	25.0
	Katkada	26	25.5	26.0	51.0
	Uobičajeno	22	21.6	22.0	73.0
	Vrlo često	16	15.7	16.0	89.0
	Uvijek	11	10.8	11.0	100.0
Missing	Total	100	98.0	100.0	
	System	2	2.0		
	Total	102	100.0		

Na samom kraju, izrazito je pozitivna činjenica da najveći broj ispitanika nikada ili katkada doživljava negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost.

**Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?**



**Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?**

**Grafikon 26. Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?**

## 6. DISKUSIJA

Mnoga dosadašnja istraživanja kvalitete života i njegove subjektivne mjere – zadovoljstva životom češće su bila usmjereni na mlađu populaciju nego na populaciju starih, što smatramo neopravdanim, prvenstveno radi sve veće njihove zastupljenosti u cijelokupnoj populaciji. Stoga je istraživanje koje je provela Brajković (2010) bilo usmjereni k cilju da utvrdi što to čini stare ljude zadovoljnima, koje su to njihove osobne karakteristike koje doprinose sretnom starenju. Ako se malo osvrnemo na dosadašnja istraživanja koja su se bavila starim osobama, najveći se broj odnosi na patološko starenje i na ispitivanje negativnih emocionalnih stanja, ali vrlo je mali broj istraživanja koji ispituju uspješno starenje. Tako znamo da depresija, anksioznost, emocionalna nestabilnost, osjećaj osamljenosti i slično dovode do toga da starije osobe svoj život procjenjuju u negativnijem svjetlu. No, što to staru osobu čini zadovoljnijom i sretnijom nije čest predmet istraživanja. Tradicionalnije teorije starenja temelje se na pretpostavkama gubitka u starosti, što pridonosi promatranju starosti i starenja u negativnijem svjetlu.

Navedeno dodatno stvara stereotip o starim osobama kao neadekvatnim, osobama koje su nemoćne, što staroj osobi otežava prihvatanje prirodnog procesa – procesa starenja. S razvojem pozitivne psihologije, dana je nova dimenzija i nov pogled na jedno veliko područje istraživanja, a to je istraživanje zadovoljstva životom i kvalitete života. Provedeno istraživanje ukazuje i na činjenicu da starost nije negativan aspekt života već razdoblje u kojem stare osobe mogu još uvijek dati doprinos društvu u kojem borave.

Razlozi promjena u percepciji kvalitete života mogu se tražiti među mnogobrojnim promjenama koje pojedinci doživljavaju tijekom života, a jedna od njih je i promjena pojma o sebi. Govoreći o tome govori se o samopoštovanju, percipiranoj slici samoga sebe i vjerovanjima o vlastitoj vrijednosti, sposobnostima i osobinama. Pojam o sebi formiramo na osnovu značenja koje pridajemo svakodnevnim interakcijama i njihovim interpretacijama. Tijekom života naša vjerovanja se razvijaju i vrijednosti se mijenjaju.

Rekonstruiranjem naše percipirane stvarnosti mijenja se i pojam o sebi. Ogilvie<sup>52</sup> je utvrdio da je pojam o sebi povezan sa zadovoljstvom životom. Pokazao je da ljudi sebe percipiraju kroz određene uloge (dobar otac, liječnik, i sl.) i da su zadovoljniji životom ukoliko više vremena

<sup>52</sup> Goobar, A., & Perlmutter S. 1995, ApJ, 450, 14.

provode u ulogama kojima se opisuju. Samopoštovanje pojedinca formira se iz osjećaja vlastite kompetentnosti, snage ili sposobnosti, ali i iz osjećaja osobne ili moralne vrijednosti. Nekolicina istraživanja pokazuje da ne dolazi do promjena u samopoštovanju tijekom odrasle dobi, ali dio ih ukazuje na više samopoštovanje kod starijih osoba.<sup>53</sup>

Provedeno istraživanje Bengstona i suradnika (1985) je transverzalno pa se ne može sa sigurnošću reći radi li se o stvarnom porastu samopoštovanja u funkciji dobi ili su današnje starije osobe ulaskom u odraslu dob imale više samopoštovanje nego što ga ima današnja generacija (utjecaj kohorte). Postoje indicije da je samopoštovanje povezano s grupnom kohezijom što kod starijih osoba smanjuje socijalnu izolaciju.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Goobar, A., & Perlmutter S. 1995, ApJ, 450, 14

<sup>54</sup> Ibid.

## **7. ZAKLJUČNA RAZMATRANJA**

Generalna hipoteza: Socijalni položaj penzionera je loš, a mjesечni prihodi starijih osoba ne zadovoljavaju osnovne životne potrebe, uspješno je potvrđena. Osobe starije dobi su specifična, osjetljiva i ranjiva skupina stanovništva čiji se dio u ukupnoj populaciji progresivno povećava, a njihov se udio u cijelokupnoj populaciji progresivno povećava. Ipak, napredak u razvoju nauke i tehnologije posebno u medicini, poboljšanje životnih uvjeta i porast općeg životnog standarda, doprinio je produženje životnog vijeka te povećanje ukupnog udjela broja ljudi starije životne dobi u ukupnoj populaciji.

U cilju utvrđivanja promjena kod određenog pojedinca događaju isključivo pod uticajem dobi, koristio se istraživački pristup pod nazivom longitudinalni pristup gdje se provedlo istraživanje na uzorku tih ispitanika kod kojih uzastopno u određenim vremenskim razmacima su se mjerila pojedina obilježja. Kako je istaknuto, longitudinalnim studijama utvrđeno je da u funkciji dobi ne dolazi do naglog opadanja psihičkih sposobnosti, kao što se to ranije mislilo na osnovu transferalnih studija. Osim toga, utvrđeno je postojanje značajne razlike između starijih ljudi koje se povećavaju sa životnom dobi. Zaključak ovih ispitivanja je u tome da se u individualnom pogledu samo na osnovu dobi teško može procijeniti sposobnost pojedinca. Osim toga, rezultati ovih ispitivanja daju podatke o određenim prosječnim zakonitostima gdje je neophodno znati kako postoje pojedinci koji se od tog prosjeka, ili znatno razvijenije od prosjeka. Provedena psihometrijska istraživanja se ne slažu oko tačne dobi kada taj pad nastupa, ali ipak se svi slažu kako određeni pad postoji.

Ipak, starenjem se smanjuju osjetne kao i motoričke sposobnosti te se usporavaju procesi u centralnom živčanom sistemu. Pored toga, sa starošću se smanjuje elastičnost leće i slabija vidna osjetljivost. Znaljno opadanje okusne osjetljivosti posebno poslije 70-te godine, osjet dodira naglo opada na različitim dijelovima tijela nakon 50-te godine. Između 20 i 60 godine dolazi do smanjenja vremena reakcije za 10-20%.

Zbog umanjenja senzorskih sposobnosti stariji ljudi često stradaju u saobraćajnim nesrećama prvenstveno zbog umanjenih senzornih sposobnosti. Opadanje sposobnosti pamćenja se očituje najčešće očituje smanjenjem sposobnosti usvajanja novih znanja, smanjenju sposobnosti prisjećanja kao i prepoznavanja ranije naučenih sadržaja.

U radu su navedeni faktori o kojima zavise intelektualne sposobnosti kao i stepen opadanja sa starošću a jedna od njih je verbalne sposobnosti koje se smanjuju starenjem. S druge strane mentalne aktivnosti čuvaju mentalne sposobnosti od propadanja štop je u direktnoj vezi i sa kreativnosti.

Istraživanja su pokazala kako su najveća postignuća iz područja hemije ostvarena kod hemičara u dobi od 30-35 godine, u filozofiji od 35-39 godina, poeziji od 25-29 godina, bestseleri od 40-44 a tragedije i komedije od 35-29 godina. Dolazi se do zaključka da se najveća postignuća postižu u mlađoj i srednjoj dobi i da sa starenjem njihov broj opada. S druge strane, starenjem opadaju postignuća sztarenjem, a neki od razloga su: opadanje psihičke vitalosti i energije, senzomotornih kapaciteta, lošije fizičko i duševno zdravlje, osiromašenje maštice, opadanje brzine mentalnih procesa i mnogi drugi.

Prema novijim istraživanjima, najmanje trećina stanovnika domova umirovljenika imaju psihičke tegobe, pri čemu su najčešće depresivne slike a uzročnici su osamljenost, otuđenost, gubitak partnera, odlazak djece, smanjenje potrebe i drugo.

Produženjem životnog vijeka povećava se udjel starijeg stanovništva, kao i zahtjevi za podizanjem kvalitete življjenja u poznim godinama. Ipak, ako stariji ljudi na starost počnu gledati pozitivnije, a i njihova okolina postane njima naklonjenija, otvorit će se mnoga vrata za nova iskustva, a jedan od primjera je univerzitet za ljude treće dobi ili kursevi stranih jezika za umirovljenike.

Veliki je broj tipičnih reakcija na starenje i starost a neki od njih su konstruktivni stav prema životu zrelih osoba, zavisnost, odbrambeni stav i drugi.

Kvalitet života je funkcionalni efekat bolesti i posljedične terapije na bolesnika, onako kako to sam bolesnik zapaža i postoje četiri velike oblasti koje doprinose sveukupnom kvalitetu života ljudi: fizička i radna sposobnost, psihološki status i socijalni kontakt. Ipak, evidentno je posljednjih dvadeset godina povećanje porasta zanimanja za procjenu kvaliteta života uslovljenu zdravljem.

Interakcija okolnih uvjeta i psiholoških osobina pojedinca određuje subjektivnu procjenu kvalitete života. Osobine ličnosti su izrazito važne a neke od njih su ekstraverzija, neuroticizam, optimizan ilokus kontrole kao faktori koji utiču na procjenu zadovoljstva životom. Bolest izaziva tjelesne simptome te ograničava funkcionisanje, a ima i indirektne učinke kao što su promjena u psihičkom stanju pojedinca koje se manifestiraju u depresiji, anksioznosti ili pak smanjenju osjećaja kontrole.

Brojni su instrumenti kojima se zahvaća i mjeri konstrukt kvalitete života povezan sa domenom zdravlja. Jedna od skupina čine opći upitnici kojima se zahvata veći broj područja kvaliteta života te su oni uglavnom višedimenzionalni. U drugu skupinu čine instrumenti vezani uz tačno određene bolesti, razvijeni za specifičnu uporabu među pacijentima sličnih tegoba. Treću skupinu instrumenata čine mjere pojedinačnih domena kvalitete života, poput tjelesnog funkcioniranja ili psihičkog zdravlja.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), formirala je skupine za ispitivanje kvalitete života. Prema njima, kvaliteta života definira se kao percepcija uloge pojedinca u kontekstu kulture i vrijednosti u kojima živi te u odnosu na njegove ciljeve, očekivanja, standarde i brige. Istraživanje za ispitivanje kvaliteta života Svjetska zdravstvena organizacija je sprovedla u 15 zemalja. Analize su pokazale da se domena nezavisnosti može povezati s domenom tjelesnog zdravlja dok se duhovne i religijske vrijednosti mogu uvrstiti u domen psihičkog zdravlja.

Pojedini naučnici došli su do saznanja kako se kvalitet života starijih ljudi neće značajno popraviti sve dok se ne počne tretirati sam mehanizam starenja, umjesto ublažavanja njegovih simptoma.

Genetičke studije su pokazale kako ne postoji jedan određeni gen odgovoran za starenje, nego se radi o kombinaciji djelovanja više zasebnih dijelova našeg genoma.

Postizanje prosječnog životnog vijeka od 100 ili više godina sastoji se u održavanju kvalitete života odnosno u kojoj mjeri se vodi briga o tijelu, hranimo li se pravilno, izbjegavamo li pušenje i drugo.

Istraživanje o socijalnom položaju i potrebama penzionera na području općine Trnovo, u kojoj je posljednjih godina zabilježena stagnacija prirodnog priraštaja stanovništva. Po statističkim podacima omjer radnospособnog stanovništva u odnosu na druge kategorije je nepovoljniji u općini Trnovo nego što je prosjek Federacije Bosne i Hercegovine.

Na području općine Trnovo nalazilo se u 2010. godini ukupno 398 penzionera, što znači da je na svakog zaposlenog postojao 1 pensioner. Jedino je prosječna invalidska penzija na području općine Trnovo premašivala u 2010. godini prosjek Federacije Bosne i Hercegovine, dok su u svim ostalim kategorijama penzioneri iz ove općine primali prosječno niže iznose nego u Federaciji, što ukazuje na nezadovoljavajući socijalni status tog dijela populacije.

Dobijeni rezultati dobijeni nakon sprovedenog istraživanja za potrebe ovog rada, govore kako je evidentno da je socijalni život penzionera loš i da su većini penzije male s obzirom na životni standard.

Većina penzionera se izjasnilo da živi loše ili vrlo loše, pojedini su svoje mišljenje iskazali na srednoj skali, dok je par njih izjavilo da je njihov socijalni položaj u društvu u dobrom stanju. Pored toga, najveći procenat ispitanika smatra kako nisu zadovoljni svojim zdravljem, nakon čega slijedi procenat onih koji su vrlo zadovoljni svojom zdravstvenom situacijom. Najveći broj njih je kazao da ih bolovi u velikoj mjeri sprječavaju u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, nakon čega slijedi procenat onih kojima bolovi umjereni stvaraju probleme.

Istraživanje je pokazalo danajveći broj ispitanika smatra da im je u svakidašnjem životu nužan neki od medicinskih tretmana ali i da uživaju u svom životu i starosti. Ispitanici smatraju kako njihov život u najvećoj mjeri ima smisla, dok su podijeljeni kada je u pitanju problemi s koncentracijom. Skoro svi ispitanici smatraju da se osjećaju fizički sigurnima u svom svakidašnjem životu. Ispitanici smatraju kako njihov okoliš nije u potpunosti zdrav. Ali kako u velikoj mjeri imaju energije za svakidašnji život te da mogu bez problema prihvatići svoj tjelesni izgled.

Ispitanici su se izjasnili kako uglavnom nemaju dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba te da su im umjereni ili u znatnoj mjeri dostupne informacije koje su im potrebne u svakidašnjem životu. S druge strane, oni su kazali kako u velikoj mjeri imaju priliku za rekreatiju u smislu laganih šetnji i slično ali imaju umjereni probleme sa kretanjem, ili se u znatnoj ili većoj mjeri mogu kretati uokolo. Ispitanici su umjereni zadovoljni svojim spavanjem kao i sposobnostima za obavljanje svakidašnjih aktivnosti. Oni su uglavnom umjereni zadovoljni svojim radnim sposobnostima ali i sobom. Istraživanje je pokazalo kako je najveći broj ispitanika u najvećoj mjeri zadovoljan odnosima sa bliskim osobama, dok su umjereni zadovoljni kvalitetom seksualnog života. Najveći broj ispitanika je kazao kako su najveći broj ispitanika u najvećoj mjeri je zadovoljno odnosima sa bliskim osobama, a zadovoljni su uslovima svog stambenog prostora. S druge strane, ispitanici ili nisu zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga, ili su pomalo odnosno umjereni zadovoljni navedenom uslugom.

Ispitanici nisu zadovoljni ni uslugom prevoza a najveći broj njih nikada ili katkada doživljava negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba i potištenost.

Penzioneri bez obzira na svoje imovinsko, finansijsko stanje su jedan od najvažnijih faktora u društvu i zajednici u kojoj živimo, te samim time zaslužuje bolje uslove života kao i bolji medicinski tretman.

Kvalitet života je široki pojam koji se koristi u mnogim prirodnim i društvenim naukama. On obuhvata aspekte spoljašnje sredine u kojoj živimo (npr. kvalitet vode i vazduha), kao i socijalno-geografske aspekte (npr. postojanje različitih kultura). Kada se ovaj pojam odnosi

na zdravlje, tj. na praćenje određenih medicinskih intervencija, uobičajeno je da se koristi termin „kvalitet života u vezi sa zdravljem“. Iz perspektive zdravlja kvalitet života se odnosi na socijalno, emocionalno i fizičko blagostanje bolesnika nakon liječenja.

Iako je znanstveni doprinos ovakvih istraživanja neupitno velik, ne smijemo umanjiti niti važnost praktične primjene ovog istraživanja. Mogućnost utvrđivanja prediktivnih varijabli u zadovoljstvu životom upućuje na planiranje širokog spektra preventivnih aktivnosti koje mogu pripomoći uspješnom starenju, ukazujući na važnost interdisciplinarnog pristupa starim osobama.

Dobijeni rezultati dobijeni nakon sprovedenog istraživanja za potrebe ovog rada, govore kako je evidentno da je socijalni život penzionera loš i da su većini penzije male s obzirom na životni standard koji se kreće među nama.

Većina penzionera se izjasnilo da živi loše ili vrlo loše, pojedini su svoje mišljenje iskazali na srednjoj skali, dok je par njih izjavilo da je njihov socijalni položaj u društvu u dobrom stanju.. Penzioneri bez obzira na svoje imovinsko, finansijsko stanje su jedan od najvažnijih faktora u društvu i zajednici u kojoj živimo, te samim time zaslužuje bolje uslove života kao i bolji medicinski tretman.

Kvalitet života je široki pojam koji se koristi u mnogim prirodnim i društvenim naukama. On obuhvata aspekte spoljašnje sredine u kojoj živimo (npr. kvalitet vode i vazduha), kao i socijalno-geografske aspekte (npr. postojanje različitih kultura). Kada se ovaj pojam odnosi na zdravlje, tj. na praćenje određenih medicinskih intervencija, uobičajeno je da se koristi termin „kvalitet života u vezi sa zdravljem“. Iz perspektive zdravlja kvalitet života se odnosi na socijalno, emocionalno i fizičko blagostanje bolesnika nakon liječenja.

Na području općine Trnovo nalazilo se u 2010. godini ukupno 398 penzionera, što znači da je na svakog zaposlenog postojao 1 pensioner. Jedino je prosječna invalidska penzija na području općine Trnovo premašivala u 2010. godini prosjek Federacije BiH, dok su u svim ostalim kategorijama penzioneri iz ove općine primali prosječno niže iznose nego u Federaciji BiH, što ukazuje na nezadovoljavajući socijalni status tog dijela populacije.

Iako je naučni doprinos ovakvih istraživanja neupitno velik, ne smijemo umanjiti niti važnost praktične primjene ovog istraživanja. Mogućnost utvrđivanja prediktivnih varijabli u zadovoljstvu životom upućuje na planiranje širokog spektra preventivnih aktivnosti koje mogu pripomoći uspješnom starenju, ukazujući na važnost interdisciplinarnog pristupa starim osobama.

## **8. POPIS SLIKA, TABELA I GRAFIKONA**

<b>Slika 1. Karta općine Trnovo.....</b>	44
<b>Slika 2. Prikaz mjesnih zajednica općine Trnovo .....</b>	45
<b>Tabela 1. Kako biste procijenili kvalitet svog života? .....</b>	50
<b>Grafikon 1. Kako biste procijenili kvalitet svog života? .....</b>	50
<b>Tabela 2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? .....</b>	51
<b>Grafikon 2. Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem? .....</b>	51
<b>Tabela 3. Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza? .....</b>	52
<b>Grafikon 3. Koliko Vas bolovi sprečavaju u izvršavanju Vaših obaveza? .....</b>	52
<b>Tabela 4. Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?.....</b>	53
<b>Grafikon 4. Koliko Vam je u svakidašnjem životu nužan neki medicinski tretman?.....</b>	53
<b>Tabela 5. Koliko uživate u životu? .....</b>	54
<b>Grafikon 5. Koliko uživate u životu? .....</b>	54
<b>Tabela 6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla?.....</b>	55
<b>Grafikon 6. Koliko osjećate da Vaš život ima smisla? .....</b>	55
<b>Tabela 7. Koliko se dobro možete koncentrirati? .....</b>	56
<b>Grafikon 7. Koliko se dobro možete koncentrirati? .....</b>	56
<b>Tabela 8. Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu?.....</b>	57
<b>Grafikon 8. Koliko se osjećate fizički sigurnima u svakidašnjem životu? .....</b>	57
<b>Tabela 9. Koliko je zdrav Vaš okoliš? .....</b>	58
<b>Grafikon 9. Koliko je zdrav Vaš okoliš?.....</b>	58
<b>Tabela 10. Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?.....</b>	59
<b>Grafikon 10. Imate li dovoljno energije za svakidašnji život? .....</b>	59
<b>Tabela 11. Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled? .....</b>	60
<b>Grafikon 11. Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled? .....</b>	60
<b>Tabela 12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba? .....</b>	61
<b>Grafikon 12. Imate li dovoljno novca za zadovoljavanje svojih potreba? .....</b>	61
<b>Tabela 13. Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu? .....</b>	62
<b>Grafikon 13. Koliko su vam dostupne info. koje su vam potrebne u svakidašnjem životu? .....</b>	62
<b>Tabela 14. Imate li prilike za rekreatiju? .....</b>	63
<b>Grafikon 14. Imate li prilike za rekreatiju? .....</b>	63
<b>Tabela 15. Koliko se možete kretati uokolo? .....</b>	64
<b>Grafikon 15. Koliko se možete kretati uokolo? .....</b>	64
<b>Tabela 16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem? .....</b>	65
<b>Grafikon 16. Koliko ste zadovoljni svojim spavanjem? .....</b>	65
<b>Tabela 17. Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti? .....</b>	66
<b>Grafikon 17. Koliko ste zadovoljni svojim sposobnostima obavljanja svakidašnjih aktivnosti? .....</b>	66
<b>Tabela 18. Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima? .....</b>	67

<b>Grafikon 18. Koliko ste zadovoljni svojim radnim sposobnostima?</b> .....	67
<b>Tabela 19. Koliko ste zadovoljni sobom?</b> .....	68
<b>Grafikon 19. Koliko ste zadovoljni sobom?</b> .....	68
<b>Tabela 20. Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?</b> .....	69
<b>Grafikon 20. Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?</b> .....	69
<b>Tabela 21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?</b> .....	70
<b>Grafikon 21. Koliko ste zadovoljni svojim seksualnim životom?</b> .....	70
<b>Tabela 22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?</b> .....	71
<b>Grafikon 22. Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?</b> .....	71
<b>Tabela 23. Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?</b> .....	72
<b>Grafikon 23. Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?</b> .....	72
<b>Tabela 24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?</b> .....	73
<b>Grafikon 24. Koliko ste zadovoljni dostupnošću medicinskih usluga?</b> .....	73
<b>Tabela 25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?</b> .....	74
<b>Grafikon 25. Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?</b> .....	74
<b>Tabela 26. Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?</b> .....	75
<b>Grafikon 26. Koliko često doživljavate negativne osjećaje kao što su loše raspoloženje, očaj, tjeskoba, potištenost?</b> .....	75

## **9. LITERATURA**

### **a) Knjige**

1. Davidović, P., Đorđević, Z., Erceg, P., Despotović, N., i dr. (2007). Predrasude prema starenju - Gerijatrijski praktikum. Beograd: Klinički centar Zvezdara.
2. Despot Lučanin, J. (2003). Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
3. Furlan, I. (1988). Čovjekov psihički razvoj. Zagreb: Školska knjiga.
4. Miković, M. (2010). Socijalni rad sa starijim osobama – Hrestomatija. Sarajevo: Fakultet političkih nauka.
5. Mladenović, M. (1963). Porodica i porodični odnosi. Beograd: izdavačko preduzeće rad.
6. Pečjak, V. (2001). Psihologija treće životne dobi. Zagreb: Naklada prosvjeta.
7. Penezić, Z. (1999). Zadovoljstvo životom: Relacije sa životnom dobi i nekim osobnim značajkama. Magistarski rad. Zagreb: Filozofski fakultet.
8. Penezić, Z. (2004). Zadovoljstvo životom u adolescentnoj i odrasloj dobi – provjera teorije višestrukih diskrepancija. Doktorska disertacija. Zagreb: Filozofski fakultet.
9. Schaie,W.K, Willis, S.L. (2001). Psihologija odrasle dobi i starenja. Zagreb: Naklada Slap.
10. Smiljanić-Čolanović, V. (1987). Psihologija starenja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
11. Veenhoven, R. (1995). The Study of Life Satisfaction. Budapest.

### **b) Stručni članci i publikacije**

1. Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N.J., Filiberti, A., Fletchtner, H, Fleishman, S.B., De Haes, J.C.J.M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P.B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. i Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376
2. Bonicatto, S.C., Dew, M.A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. i Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic mental diseases in Argentina. *Social Science and Medicine*, 52, 911-919.
3. Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*.
4. De Vries, J. i Van Heck, G.L. (1997). The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation Study with the Dutch Version. *European Journal of Psychological Assessment*, 13 (3), 164-178.
5. Kuehner, C. i Buerger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: The role of self-esteem, response styles and social support. *Journal of Affective Disorders*, 86, 205-213.
6. Općina Trnovo (2012). Strategija održivog razvoja općine Trnovo za period 2012. – 2016. godine. Trnovo.
7. Polić., R. (2005). Odgoj za starost kao mogućnost emancipacije, Metodički ogledi. Zagreb: Hrvatsko filozofsko društvo.
8. The World Health Organization Quality of Life Group (1996). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF): Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version. Geneva: Programme on mental health.

## **BIOGRAFIJA**

Sanela Somo rođena je 1988. godine u Sarajevu. Osnovno i srednje školovanje završava u Sarajevu te 2011. Godine završava prvi ciklus studija Fakulteta političkih nauka Univerziteta u Sarajevu, čime stiče zvanje Bachelor socijalnog rada.

Od 2012 do 2013. godine radi kao pripravnik Socijalnog rada u osnovnoj školi Zaim Kolar, gdje nakon obavljenog pripravničkog staža 2013 polaže stručni ispit i stiče pravo na samostalan odgojno obrazovni rad u Pedagoškom Zavodu Kantona Sarajevo.

Od 2013-2015. godine radi kao Marketing manager u firmi Via Principale, koja izdaje časopis Urban Magazin ,Fashion Beauty, Love. Paralelno obavlja funkciju Koordinatora Asocijacije organskih proizvodjaca Kantona Sarajevo.

Od 2015-2017. godine angažovana u autoindustriji kao prodajni savjetnik u firmi KMAG BH DOO, generalnog distributera za marke Kia i Volvo.

Od 2017 do 2019. godine nastavlja rad u autoindustriji u Auto Centru Tomić kao prodajni savjetnik za BMW i MINI vozila.

Od Augusta 2019 radi u Osiguranju Garant dd. kao preuzimač rizika u osiguranju.

UNIVERZITET U SARAJEVU – FAKULTET POLITICKIH NAUKA  
IZJAVA o autenticnosti radova

Naziv odsjeka i/ili katedre: ODSJEK SOCIJALNI RAD  
Predmet: \_\_\_\_\_

**IZJAVA O AUTENTICNOSTI RADOVA**

Ime i prezime: Sanela Somo  
Naslov rada: SOCIJALNI POLOTAJ I POTREBE PENZIONERA NA PODRUCJU OPCINE TRNOVO  
Vrsta rada: Magistarski  
Broj stranica: 88

Potvrđujem:

- da sam procitao/la dokumente koji se odnose na plagijarizam, kako je to definirano Statutom Univerziteta u Sarajevu, Etickim kodeksom Univerziteta u Sarajevu i pravilima studiranja koja se odnose na I i II ciklus studija, integrirani studijski program I i II ciklusa i III ciklus studija na Univerzitetu u Sarajevu, kao i uputama o plagijarizmu navedenim na web stranici Univerziteta u Sarajevu;
- da sam svjestan/na univerzitetskih disciplinskih pravila koja se tisu plagijarizma;
- da je rad koji predajem potpuno moj, samostalni rad, osim u dijelovima gdje je to naznaceno;
- da rad nije predat, u cjelini ili djelomično, za stjecanje zvanja na Univerzitetu u Sarajevu ili nekoj drugoj visokoskolskoj ustanovi;
- da sam jasno naznacio/la prisustvo citiranog ili parafraziranog materijala i da sam se referirao/la na sve izvore;
- da sam dosljedno naveo/la koristene i citirane izvore ili bibliografiju po nekom od preporučenih stilova citiranja, sa navodenjem potpune reference koja obuhvata potpuni bibliografski opis koristenog i citiranog izvora;
- da sam odgovarajuće naznacio/la svaku pomoć koju sam dobio/la pored pomoći mentora/ice i akademskih tutora/ica.

**Mjesto, datum**

**Potpis**