

# Odnos optimizma, socijalne podrške i zdravlja u osoba starije životne dobi

---

**Banovac, Marija**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:686057>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-13**



**Sveučilište u Zadru**  
Universitas Studiorum  
Jadertina | 1396 | 2002 |

*Repository / Repozitorij:*

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju

Preddiplomski jednopredmetni sveučilišni studij psihologije

The seal of the University of Zadar is a circular emblem. It features a central illustration of a building with a dome and a portico. The text 'SVEUČILIŠTE U ZADRU' is written in a semi-circle above the building, and 'UNIVERSITAS STUDIORUM JADERTINA' is written in a semi-circle below it. The years '1961' and '2012' are positioned on the left and right sides of the seal, respectively.

**Marija Banovac**

**Odnos optimizma, socijalne podrške i zdravlja u  
osoba starije životne dobi**

**Završni rad**

Zadar, 2022.

Sveučilište u Zadru

Odjel za psihologiju  
Preddiplomski jednopredmetni sveučilišni studij psihologije

Odnos optimizma, socijalne podrške i zdravlja u osoba starije  
životne dobi

Završni rad

Student/ica:

Marija Banovac

Mentor/ica:

Izv. prof. dr. sc. Ivana Tucak Junaković

Zadar, 2022.



## Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Marija Banovac**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Odnos optimizma, socijalne podrške i zdravlja u osoba starije životne dobi** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 18. kolovoz 2022.

# Sadržaj:

<b>1.UVOD</b> .....	<b>3</b>
1.1.Starenje .....	3
1.1.1.Modeli uspješnog starenja .....	3
1.2.Zdravlje u starijoj životnoj dobi .....	4
1.2.1.Objektivno i subjektivno zdravlje .....	5
1.2.2.Spolne i dobne razlike u zdravlju .....	6
1.3. Optimizam .....	7
1.3.1. Vrste optimizma .....	7
1.3.2. Spolne i dobne razlike u optimizmu.....	8
1.4. Socijalna podrška .....	9
1.4.1. Aspekti socijalne podrške.....	10
1.4.2. Tipovi socijalne podrške .....	10
1.4.3. Spolne i dobne razlike u socijalnoj podršci.....	11
1.5. Odnos optimizma, socijalne podrške i zdravlja .....	12
1.5.1. Odnos optimizma i zdravlja .....	12
1.5.2. Odnos socijalne podrške i zdravlja.....	13
<b>2.CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE</b> .....	<b>14</b>
<b>3.METODA</b> .....	<b>14</b>
3.1.Sudionici.....	14
3.2.Mjerni instrumenti.....	15
3.3.Postupak .....	16
<b>4.REZULTATI</b> .....	<b>177</b>
4.1.Osnovni deskriptivni podaci ispitivanih varijabli .....	177
4.2.Razlike u ispitivanim varijablama s obzirom na spol i dob .....	18

4.2.1. Razlike u zdravlju (broju bolesti i subjektivnom), optimizmu i socijalnoj podršci (podrška članova obitelji, podrška prijatelja i susjeda te ukupna) s obzirom na spol .....	18
4.2.2. Razlike u zdravlju (broju bolesti i subjektivnom), optimizmu i socijalnoj podršci (podrška članova obitelji, podrška prijatelja i susjeda te ukupna) s obzirom na dob.....	20
4.3. Povezanost ispitivanih varijabli .....	21
<b>5. RASPRAVA .....</b>	<b>22</b>
<b>6. ZAKLJUČCI .....</b>	<b>28</b>
<b>7. LITERATURA .....</b>	<b>28</b>

## SAŽETAK

### Odnos optimizma, socijalne podrške i zdravlja u osoba starije životne dobi

Starenje predstavlja pravilne promjene koje se događaju u funkciji dobi uslijed kojih dolazi do slabljenja različitih funkcija ljudskog organizma. U starijoj životnoj dobi nerijetka je pojava različitih zdravstvenih poteškoća koje mogu značajno utjecati na promjenu kvalitete života. Zdravlje predstavlja stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti pri čemu ne uključuje samo odsustvo bolesti i nesposobnosti. Pritom, mnoga istraživanja ukazuju na važnost različitih psihosocijalnih varijabli, poput optimizma i socijalne podrške u suočavanju starijih osoba sa zdravstvenim problemima. Optimizam se odnosi na tendenciju pojedinca za očekivanjem pozitivnih ishoda događaja u budućnosti uz istovremeno podcjenjivanje vjerojatnosti pojavljivanja negativnih ishoda. Nadalje, socijalna podrška je oblik potpore koju osoba dobiva kroz socijalnu interakciju s drugima. Cilj planiranog istraživanja bio je ispitati povezanost optimizma, socijalne podrške te zdravlja u osoba starije životne dobi kao i ispitati spolne i dobne razlike u navedenim konstruktima. U istraživanju je sudjelovalo 540 osoba starije životne dobi koje žive u vlastitom domu pri čemu su rezultati prikupljeni primjenom upitnika tipa papir-olovka. Upitnik se sastojao od Skale optimizma, prilagođene skale socijalne podrške dok je zdravstveno stanje ispitano pitanjima koja se odnose na vrstu i broj kroničnih bolesti te pitanjem koje se odnosi na subjektivnu procjenu zdravlja. U ovom istraživanju utvrđen je veći broj bolesti kod žena u odnosu na muškarce dok se pokazalo da muškarci daju bolje samoprocjene zdravlja. Međutim, nisu utvrđene spolne razlike u optimizmu, socijalnoj podršci članova obitelji, prijatelja i susjeda i ukupnoj socijalnoj podršci. Nadalje, mlađe stare osobe imaju manji broj bolesti te daju bolje samoprocjene zdravlja. Također, mlađe starije osobe imaju bolju socijalnu podršku prijatelja i susjeda kao i ukupnu. No, nije utvrđena dobna razlika u optimizmu i socijalnoj podršci članova obitelji. Nadalje, optimizam je umjereno pozitivno korelirao sa subjektivnim zdravljem dok je korelacija između optimizma i broja bolesti bila niska i negativna. Međutim, nije utvrđena povezanost između broja bolesti i socijalne podrške članova obitelji, prijatelja i susjeda te ukupne socijalne podrške. Nadalje, subjektivno zdravlje koreliralo je slabo pozitivno sa socijalnom podrškom prijatelja i susjeda, međutim, nije utvrđena povezanost između subjektivnog zdravlja i socijalne podrške članova obitelji te ukupne socijalne podrške u starijih osoba.

Ključne riječi: starenje, zdravlje, optimizam, socijalna podrška, starija životna dob

## SUMMARY

The relationship between optimism, social support, and health in elderly people

Aging represents regular changes that happen as a function of age, which leads to the decreasing of various functions of the human organism. It is not unusual that in the older stages of life different health issues may occur. These issues can greatly influence the change in one's life quality. The word 'health' stands for complete physical, mental and social wellbeing, but it does not refer only to the absence of disease and disability. In addition to this, a lot of research denotes the importance of different psychosocial variables, such as optimism and social support, during the process of older people coping with health problems. Optimism is characterized as a person's tendency to expect positive results in the future while belittling the possibility of the occurrence of negative results. Furthermore, social support is a form of support that one can get during social interactions. This research aims to examine the connection between optimism, social support, and health in the older stages of life and to test gender and age differences in these constructs. There were 540 elderly people included in this research. All of them live in a home of their own. The results were gathered via the pen-and-paper questionnaire. The questionnaire consisted of a Life Orientation Test-Revised - LOT-R, an adjusted Social support scale, and questions that examine the type and number of chronic diseases as well as self-rated health. This research showed that women show more health problems in comparison with men while men show a more positive self-assessment of their health. However, no difference between men and women was discovered regarding optimism and social support of family members, friends, neighbors, and social support in general. In addition to this, this study shows that younger old people are objectively in better health and have a more positive assessment of their health. Moreover, the younger old people have better general social support and the support of their friends and neighbors compared to older old people. However, the study did not reveal any age difference when it comes to optimism and social support of one's family. Additionally, optimism shows a moderately positive correlation with subjective health while the correlation between optimism and number of diseases was significant and negative, but low. Additionally, subjective health correlated significantly positively, but lowly with social support from friends and neighbors. However, this research did not find evidence of a relation between subjective health and social support of the members of one's family and social support in general in older people.

Keywords: aging, optimism, social support, old age



# 1. UVOD

## 1.1. STARENJE

U posljednjih stotinjak godina, ljudski vijek značajno se produljio čime se promijenila i demografska slika društva, posebno u razvijenim zemljama, što je za posljedicu imalo i povećanje udjela starijih osoba u ukupnoj populaciji. Takvom promjenom, otvorio se novi put istraživanja u razvojnoj psihologiji pri čemu su se istraživači počeli baviti područjem gerontologije, odnosno proučavanjem niza različitih aspekata poput bioloških, psihosocijalnih, kognitivnih, koji utječu na proces starenja. U prošlosti se na starenje većinom gledalo kao na fiziološki proces uslijed kojeg dolazi do progresivnog slabljenja različitih funkcija ljudskog organizma (Mrzljak, 2020). Navedena definicija starenja, bliska je pojmu primarnog starenja, odnosno senescencije, prema kojem su navedeni fiziološki procesi određeni biološkim činiteljima te nastaju kao posljedica sazrijevanja ljudskog organizma (Despot Lučanin, 2003). Uz primarno, razlikuje se i sekundarno starenje kojeg čine patološke promjene organizma uzrokovane vanjskim okolnostima poput bolesti (Lepan i Leutra, 2012). U posljednjih nekoliko desetljeća, uz proučavanje „uobičajenog“ starenja, kod kojeg je naglasak na razvoju bolesti kao i proučavanju funkcionalnih ograničenja s kojima se osobe starije životne dobi susreću, istraživači se sve više usmjeravaju na koncept uspješnog starenja, odnosno tendencije očuvanja niza tjelesnih, kognitivnih funkcija kao i aktivne uključenosti osoba starije životne dobi (Parslow i sur., 2011). Drugim riječima, konstruktom uspješnog starenja ističe se mogućnost očuvanja određenih sposobnosti pojedinaca i tijekom starije životne dobi u cilju postizanja što većeg zadovoljstva životom (Li i sur., 2014).

### 1.1.1. Modeli uspješnog starenja

Mnogim su se teorijskim pristupima pokušali objasniti složeni procesi starenja, pri čemu je moguće izdvojiti biomedicinski te psihosocijalni model. Biomedicinski model Rowe i Kahna (1997) u koncept uspješnog starenja uključuje kvalitetno fizičko i mentalno funkcioniranje, izostanak bolesti kao i aktivnu uključenost pojedinca u vlastiti život. Unatoč tome što je tjelesno funkcioniranje bitna komponenta uspješnog starenja, činjenica je da osobama s godinama tjelesno zdravlje opada, odnosno nije više na maksimalnoj razini te su nerijetki zdravstveni problemi koji uključuju pojavu kardiovaskularnih bolesti, visokog

tlaka, dijabetesa i slično (Ambrosi-Randić i sur., 2017). Sukladno navedenom, zbog visoko postavljenih kriterija biomedicinskog modela, koji se u stvarnosti postižu tek kod znatno manjeg dijela starije populacije, kao i činjenice da navedenim modelom nisu zahvaćeni socijalni ni psihološki aspekti, uveden je novi, psihosocijalni model kojim se ističe važnost uspješnog funkcioniranja unutar društvene zajednice, tj. održavanja kvalitetnih socijalnih odnosa te postizanja samopoštovanja, autonomije, optimizma pojedinca i sl. (Bowling i Dieppe, 2005; Tucak Junaković i sur., 2020). Međutim, prethodno navedeni pristupi fokusirali su se na točno određene aspekte starenja te pritom zanemarili ostale odrednice koje također imaju bitnu ulogu u uspješnom starenju, što je dovelo do pojave višedimenzionalnih pristupa koji su integrirali različite biološke, psihološke te socijalne komponente (Cosco i sur., 2015; Pruchno i sur., 2010; Young i sur., 2009). Sukladno navedenom, jedan od njih odnosi se na dvofaktorski model uspješnog starenja koji podrazumijeva kombinaciju subjektivne, koja se odnosi na procjene koje pojedinci samostalno daju o procesu starenja, te objektivne dimenzije, koja uključuje tjelesne odrednice, izostanak zdravstvenih tegoba i slično (Pruchno i sur., 2010). Prethodno opisani modeli veoma su važna polazišta za proučavanje starenja jer obuhvaćaju različite aspekte, poput zdravstvenog statusa pojedinca, ali i psihosocijalnih komponenti, tj. zadovoljstva životom, optimizma, socijalne podrške i sl., koji utječu na optimalnu prilagodbu kao i adekvatno funkcioniranje starije populacije u svakodnevnom životu sa svrhom postizanja visoke kvalitete života i u posljednjem životnom razdoblju.

## **1.2. ZDRAVLJE U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI**

Konstrukt zdravlja jedan je od najzanimljivijih koncepata koji je predmet istraživanja mnogih područja, uključujući i psihologiju. Zdravlje predstavlja stanje potpune tjelesne, mentalne i socijalne dobrobiti pri čemu ne uključuje samo odsustvo bolesti i nesposobnosti, a jedan je od ključnih faktora koji osiguravaju kvalitetan i dugovječan život (Arcaya i sur., 2015). Tijekom starije životne dobi dolazi do slabljenja fizioloških procesa koji se odvijaju u čovjekovu organizmu što učestalo dovodi do pojave različitih zdravstvenih tegoba koje mogu značajno utjecati na čovjekov život, tj. na uspješno funkcioniranje pojedinaca (Ambrosi- Randić i sur., 2017; Bilajac i sur., 2020; Bowling i Dieppe, 2005). Neke od najučestalijih zdravstvenih tegoba od kojih pati veći dio populacije starije životne dobi su srčane bolesti, povišeni krvni tlak, dijabetes, artritis, karcinom, bolesti dišnih puteva, osteoporoza i sl. (Jovanović i sur., 2005). Upravo zbog važnosti zdravlja za sve dobne

skupine, posebno za osobe starije životne dobi, s obzirom na činjenicu da se vjerojatnost bolesti naglo povećava nakon 65. godine života, potrebno je detaljnije ispitati konstrukt zdravlja i unutar istraživanja u razvojnoj psihologiji. U tom kontekstu posebno je zanimljivo istražiti povezanost zdravlja i različitih psiholoških konstrukata te njihove promjene s dobi.

### **1.2.1. Objektivno i subjektivno zdravlje**

Istraživači prilikom ispitivanja zdravlja mogu zauzeti dva različita pristupa, tj. moguće je razlikovati objektivni i subjektivni pristup, odnosno pogled na zdravlje. Objektivni pristup zdravlju odnosi se na fizičko stanje osobe, a moguće ga je mjeriti definiranjem broja bolesti od kojih ispitivana osoba boluje (Schneider i sur., 2004). S druge strane, subjektivan pristup zdravlju određen je samoprocjenom zdravlja koju pojedinac daje za samoga sebe, odnosno percepcijom vlastitog zdravstvenog stanja (Okamoto i Tanaka, 2004). Prema određenim istraživanjima, subjektivan pogled na zdravlje ima veći utjecaj na korištenje zdravstvene zaštite od objektivnog zdravstvenog stanja te je ujedno i ekonomičniji način ispitivanja zdravstvenog statusa starijih (Dening i sur., 1998; Hessel i sur., 2000). Prema Leinonenu i suradnicima (2002), samoprocjena zdravlja pokazuje se relativno stabilnom kod starijih osoba unatoč pogoršanju objektivnog zdravstvenog stanja s kojim se pojedinci susreću. Unatoč navedenom, postoje istraživanja koja pokazuju da bolesti prisutne kod starije populacije mogu utjecati na smanjenje kvalitete uspješnog nošenja sa različitim preprekama s kojima se osobe starije životne dobi susreću u svom svakodnevnom funkcioniranju te samim time i na njihovu samopercepciju vlastitog zdravlja (Bilajac i sur., 2020; Bowling i Dieppe, 2005; Keleminec, 2020). Nadalje, postoje velike interindividualne razlike s obzirom na kapacitet suočavanja s bolesti kao i percepciju vlastitog zdravlja, tj. osobe koje imaju slično objektivno zdravstveno stanje mogu se veoma razlikovati u svojim pogledima na subjektivno zdravlje (Xavier i sur., 2003). Prema van Doornu (1999), osoba starije životne dobi može imati narušeno objektivno zdravlje, primjerice bolovati od većeg broja kroničnih bolesti, ali istovremeno, usporedbom sa vršnjacima koji imaju slično ili lošije zdravstveno stanje, procjenjivati svoje zdravlje dobrim. Iz navedenog, vidljivo je da se objektivno i subjektivno zdravlje mogu razlikovati pri čemu istraživanja uglavnom pokazuju nekonzistentne nalaze zbog čega je potrebno dodatno ispitati njihov odnos.

### 1.2.2. Spolne i dobne razlike u zdravlju

**Spol.** Istraživanja koja ispituju postojanje spolnih razlika pokazuju da su i u kasnoj životnoj dobi muškarci skloniji obolijevanju od bolesti koje imaju terminalne ishode poput raka, kardiovaskularnih bolesti, bolesti bubrega i sl. (Cherepanov i sur., 2010; Denton i sur., 2004), dok žene uglavnom boluju od bolesti koje ih ometaju u svakodnevnom funkcioniranju, no pritom nisu opasne po život, primjerice bolovi u leđima, artritis itd. (Crimmins i sur., 2011). Nadalje, starije žene imaju više zdravstvenih pritužbi te učestalije koriste usluge zdravstvene skrbi, odnosno prilikom samoprocjene zdravstvenog stanja žene uglavnom pokazuju veće zdravstvene poteškoće te izvještavaju o nižoj kvaliteti života u odnosu na starije muškarce (Bourne i Brooks, 2011; Perrig-Chiello i Hutchison, 2010). Međutim, neka istraživanja stavila su paradoks „žene su bolesnije, ali žive duže“ pod pitanje sukladno nalazima koji pokazuju znatno manje ili pak nepostojeće spolne razlike u zdravlju (Arber i Cooper, 1999; Macintyre i sur., 1996; Lahelma i sur., 1997). Također, nerijetko su osobe starije životne dobi bile izostavljene u istraživanjima spolnih razlika u zdravlju u usporedbi s drugim životnim razdobljima zbog čega je potrebno detaljnije ispitati navedene razlike i u starijoj populaciji.

**Dob.** Istraživanja koja ispituju dobne razlike u zdravlju osoba starije životne dobi pokazuju bolje zdravstveno stanje kod mlađih starih osoba u odnosu na starije stare osobe (Mwanyangala i sur., 2010). Međutim, kada je riječ o samoprocjenama zdravstvenog stanja, iako bi se moglo pretpostaviti da starije osobe svoje zdravlje smatraju lošijim u odnosu na mlađe, pokazuje se da starije osobe imaju povoljnije procjene vlastitog zdravlja te pokazuju tendenciju podcjenjivanja zdravstvenih problema (Idler, 1993). Prema Idleru (1993), u skupini osoba starije životne dobi, starije stare osobe imale su znatno pozitivniju samoprocjenu zdravlja u odnosu na mlađe stare osobe. Mnoga istraživanja pokazuju da samoprocjena zdravstvenog statusa najstarijih pojedinaca nije vezana za objektivno fizičko zdravlje već za zadovoljstvo životom koje osobe starije životne dobi iskazuju (French i sur., 2012). Drugim riječima, starije stare osobe svoje samoprocjene ne temelje na biomedicinskim kriterijima već prema vlastitim kriterijima lošeg ili dobrog zdravlja. Naposljetku, zbog relativno neistražene najstarije dobne podskupine još uvijek manjka istraživanja u kojima se ispituju dobne razlike u zdravstvenom stanju u različitim razdobljima starije dobi.

### **1.3. OPTIMIZAM**

Zdravlje je jedan od najvažnijih aspekata ljudskog života pri čemu mnoga istraživanja pokazuju da su različite psihosocijalne varijable poput optimizma u relaciji s, tj. imaju utjecaj na zdravstveno stanje pojedinca (Al-Kandari i Crews, 2014). Optimizam se odnosi na tendenciju pojedinca za očekivanjem pozitivnih ishoda događaja u budućnosti uz istovremeno podcjenjivanje vjerojatnosti pojavljivanja negativnih ishoda (Carver i Scheier, 2014). Drugim riječima, optimizam predstavlja način na koji osobe sebe nastoje doživjeti u što boljem svjetlu pri čemu navedeni konstrukt ima važnu ulogu u funkcioniranju i reguliranju ponašanja ljudi (Kardum i sur., 2018). Prema Scheieru i Carveru (1992), uvjerenje koje pojedinci imaju o konačnom ishodu različitih događaja utječe na njihovo daljnje ponašanje, tj. poduzimanje akcija ili pak odustajanje od postavljenih ciljeva. Sukladno navedenom, optimistične osobe koje o svojoj budućnosti razmišljaju na pozitivan način te očekuju povoljne ishode različitih situacija s kojima se susreću u životu, teže ostvarivanju svojih ciljeva i aktivno se uključuju u njihovo ostvarivanje jer ih smatraju dostižnima što u konačnici rezultira prevladavanjem pozitivnih emocija. Međutim, postoje i pesimisti, odnosno osobe koje zbog tendencije očekivanja negativnih ishoda lakše odustaju te su sklone negativnim emocijama i pasivnom reagiranju na događaje i prepreke s kojima se susreću tijekom života (Kardum i sur., 2018).

#### **1.3.1. Vrste optimizma**

Tijekom dugog razdoblja istraživanja konstrukta optimizma istraživači su otkrili postojanje nekoliko različitih vrsta navedenog konstrukta koje je potrebno uzeti u obzir prilikom ispitivanja utjecaja koji optimizam ostvaruje u životima pojedinaca. Osim konkretnih očekivanja koje pojedinci imaju o pojedinim ishodima, postoje i ona globalna, odnosno opća i stabilna očekivanja koja su usko povezana s dispozicijskim optimizmom, tj. osobinom ličnosti prema kojoj osobe pokazuju generalnu tendenciju pozitivnom viđenju životnih događaja (Carver i sur., 2010). Nadalje, Buchanan i Seligman (1995) na optimizam gledaju kao na primjer atribucijskog stila prema kojem optimistične osobe pozitivne životne ishode pripisuju generalnim, stabilnim te internalnim uzrocima, dok negativne ishode doživljavaju specifičnima, eksternalnima i nestabilnima. Schwarzer (1999) razlikuje postojanje funkcionalnog optimizma koji predstavlja uvjerenje da pojedinac ima sposobnosti koje mu omogućuju da se nosi sa različitim životnim preprekama, Radcliffe i

Klein (2002) govore o komparativnom optimizmu prema kojem osobe imaju tendenciju očekivanja pozitivnih ishoda vlastite situacije u usporedbi sa drugima, dok Ruthig i suradnici (2007) definiraju strategijski optimizam kao negiranje rizika utemeljeno na uvjerenju o posjedovanju kontrole nad specifičnom situacijom u kojoj se osoba nalazi. Iako većina prethodno provedenih istraživanja ističe pozitivnu ulogu koju optimizam ostvaruje nad očuvanjem psihičke te fizičke dobrobiti pojedinaca (Boehm i sur., 2018; Carver i sur., 2010; Maruta i sur., 2002), prema određenim istraživanjima (Kardum i sur., 2018; Swarzer i sur., 1999) postoji i nerealističan optimizam koji predstavlja situaciju kada pojedinci negiraju vjerojatnost da će upravo oni doživjeti nekakav negativan ishod, odnosno da će im se dogoditi nešto loše poput obolijevanja od različitih bolesti, u usporedbi s ostalim pojedincima. Sukladno navedenom, osobe nerealističnog optimizma sklonije su svoje zdravlje, emocionalna stanja, životne situacije, procjenjivati pretjerano optimistično što ih može dovesti u stanje doživljavanja negativnih emocija, iscrpljenosti kao i neaktivnosti, tj. tendencije očekivanja da će se njihov cilj samostalno ostvariti (Kardum i sur., 2018). Zbog mogućih negativnih posljedica koje prethodno navedena vrsta optimizma može imati na pojedinca, u novije vrijeme sve veći naglasak se stavlja na važnost održavanja umjerene razine optimizma, tzv. realističnog optimizma kao primjera očekivanja budućih pozitivnih događaja pri čemu osoba ujedno uzima u obzir i ograničenja, odnosno mogućnosti i prihvatljive radnje koje su dostupne u svijetu koji ju okružuje (Schneider, 2001). Istraživanjem koje je opisano u ovome radu zahvaćen je dispozicijski optimizam, odnosno stabilna osobina ličnosti koja uključuje globalna te opća očekivanja pozitivnih ishoda životnih događaja.

### 1.3.2. Spolne i dobne razlike u optimizmu

**Spol.** Iako su neki istraživači pronašli veći optimizam kod žena (Arrosa i Gandelman, 2016; Singh i Shukla, 2014), a drugi kod muškaraca (Jacobson i sur., 2014; Tusaie i Petterson, 2006), takva istraživanja veoma su rijetka te većina ne pronalazi značajne spolne razlike u navedenom konstrukt (Heinonen i sur., 2005; Puskar i sur., 1999). Nekolicina istraživanja koja pokazuju spolne razlike u optimizmu uglavnom se razlikuju ovisno o području ispitivanja navedenih razlika kao i smjeru. Primjerice, viši optimizam kod muškaraca uglavnom je dobiven kada su ispitivanja provedena u ekonomskoj sferi, odnosno muškarci pokazuju viši optimizam vezan za ekonomiju, tj. za financijski rast (Bjuggren i Elert, 2019). Nadalje, istraživači koji su utvrdili nešto viši optimizam kod žena kao objašnjenje navode

veću tendenciju žena za pozitivnim evaluiranjem životnih događaja u odnosu na muškarce (Arrosa i Gandelman, 2016). Također, unatoč činjenici da se optimizam promatra kao relativno stabilna osobina ličnosti, nalazi nekih ranijih istraživanja podržavaju stajalište da se prikladnom intervencijom optimistična orijentacija može i promijeniti (Fosnaugh i sur., 2009; Puskar i sur., 2010). Naposljetku, kao što je vidljivo iz navedenog, provedena istraživanja spolnih razlika u optimizmu nisu u potpunosti konzistentna te iziskuju dodatno ispitivanje.

**Dob.** Dobne razlike u optimizmu još su jedan aspekt koji bi trebalo istražiti u istraživanjima konstrukta optimizma. Prethodna istraživanja dobnih razlika u optimizmu uglavnom su bila usmjerena na usporedbu različitih životnih razdoblja pojedinaca (Bharti i Rangnekar, 2019). Primjerice, Lennings (2000) je pokazao povećanje optimizma s dobi. S druge strane, određeni istraživači navode da su mlađe osobe optimističnije u odnosu na starije osobe (Durbin i sur., 2019). U skladu s navedenim, istraživanja dobnih razlika u optimizmu su rezultirala nekonzistentnim nalazima. Neki istraživači kao objašnjenje nekonzistentnih nalaza spominju moderatorske uloge religije, stresa, samoregulacije, ali i socijalno-kulturalnog konteksta koji utječu na odnos dobi i optimizma (Klaczynski, 2017; You i sur., 2009). No, unatoč navedenom, do danas je prisutan manjak istraživanja o promjeni optimizma s dobi, pogotovo kod osoba starije životne dobi zbog čega proučavanje dobnih razlika u optimizmu iziskuje dodatna istraživanja (Chopik i sur., 2015).

## 1.4. SOCIJALNA PODRŠKA

Uz konstrukt optimizma i druge psihosocijalne varijable poput socijalne podrške pokazuju utjecaj na zdravstveno stanje pojedinca (Giltay i sur., 2004). Socijalna podrška predstavlja oblik potpore koju osoba dobiva kroz socijalnu interakciju s pojedincima iz svoje okoline, tj. odnosi se na percepciju brige i pomoći koja je pojedincu dostupna u kriznim životnim situacijama (Lin i sur., 1979). Konstrukt socijalne podrške predstavlja veoma važan aspekt ljudske egzistencije jer pomaže pojedincu u njegovom opstanku (Zvizdić, 2015). Upravo zbog navedenog, konstrukt socijalne podrške postao je važan koncept istraživanja u području razvojne psihologije. Adekvatna potpora iz socijalne okoline podrazumijeva postojanje osjećaja poštovanja od strane pojedinčevih bliskih osoba, bilo da je riječ o članovima obitelji ili pak prijateljima i susjedima, kao i uvjerenje da će osobe s kojima je pojedinac u kontaktu biti prisutne za pružanje pomoći (Komšo, 2020).

Sukladno navedenom, izvori socijalne podrške su veoma raznoliki. Većini pojedinaca primaran izvor socijalne potpore su članovi obitelji, međutim, neizostavan dio čine i prijatelji, susjedi kao i osobe iz šire socijalne zajednice (Awang i sur., 2014).

#### **1.4.1. Aspekti socijalne podrške**

Cohen i Wills (1985; prema Davison i Neale, 1999) predlažu postojanje dvaju aspekata socijalne podrške. Prvi aspekt socijalne podrške odnosi se na strukturu socijalne podrške koja uključuje broj i vrstu osoba koje pružaju podršku pojedincu poput prijatelja, kolega, bračnog partnera i slično. Navedeni aspekt socijalne potpore odnosi se na stvarno postojanje osoba koje pojedincu pružaju socijalnu potporu, odnosno brinu se o njegovoj dobrobiti (Rutter i sur., 2020). Uz strukturalni aspekt socijalne podrške, postoji i funkcionalna socijalna podrška koja predstavlja kvalitetu odnosa koju osoba ima sa svojom socijalnom okolinom. Drugim riječima, funkcionalna socijalna podrška odnosi se na subjektivnu percepciju pojedinca o socijalnoj podršci koja mu je dostupna u kriznim životnim situacijama (Zvizdić, 2015).

#### **1.4.2. Tipovi socijalne podrške**

Moguće je razlikovati nekoliko tipova socijalne podrške. Prema Houseu (1981), socijalna podrška dijeli se na emocionalnu, instrumentalnu, informacijsku te u konačnici validacijsku socijalnu podršku. Emocionalna i instrumentalna podrška dio su funkcionalne dimenzije pri čemu se emocionalni dio socijalne podrške odnosi na pružanje suosjećanja te pozorno slušanje osobe. Sukladno navedenom, emocionalna socijalna podrška posljedica je bliskih odnosa koji uključuju brigu, empatiju, povjerenje i slično. Tijekom stresnih životnih situacija ovaj vid podrške pojedincu pruža osjećaj voljenosti i pripadnosti, a također ima važnu ulogu i u pružanju utjehe (Reblin i Uchino, 2008). Instrumentalna podrška odnosi se na direktnu materijalnu pomoć, odnosno na aktivno pomaganje u kućanskim poslovima, brizi o djeci, financijama i slično (Cross i sur., 2018). Potom, informacijska socijalna podrška primarno je kognitivna, odnosno podrazumijeva osiguravanje savjeta o problemu s kojim se pojedinac susreće. Navedeno pružanje podrške provodi se s ciljem usmjeravanja pojedinca prema ciljnom ishodu, tj. uklanjanju problema (Azam i Aldehayyat, 2018). Konačno, validacijska podrška odnosi se na uspostavljanje podupirućeg odnosa prema drugom pojedincu pri čemu je navedeni odnos ohrabrujući, odnosno podupire pojedinačne



ideje te mu pomaže u razvijanju osjećaja kompetentnosti potrebnog za suočavanje sa životnim situacijama (Dalton i sur., 2001).

### 1.4.3. Spolne i dobne razlike u socijalnoj podršci

**Spol.** Istraživanja koja su se bavila ispitivanjem spolnih razlika u socijalnoj podršci utvrdila su da žene imaju šire socijalne mreže te posljedično imaju i veću socijalnu podršku (Caetano i sur., 2013, Liebler i Sandefur, 2002; McLaughlin i sur., 2011; Turner, 1994). Istraživanje Okamota i Tanake (2004) zabilježilo je izraženiju emocionalnu komponentu socijalne podrške kod žena u odnosu na muškarce što se objašnjava time da se ženski odnosi više temelje na emocionalnoj bliskosti pri čemu žene u odnosima koje imaju s drugima teže davanju savjeta i ohrabrivanju (Barbee i sur., 1993). Drugim riječima, žene su izvijestile o većoj primljenoj potpori iz svoje socijalne okoline te su se odnosi koje su imale sa članovima obitelji kao i prijateljima bazirali na intimnosti, odnosno prisnosti, dok su muškarci naglašavali društvenost te izvođenje različitih aktivnosti. Antonucci i Akiyama (1987) pokazali su da žene primaju veću socijalnu podršku iz različitih izvora zahvaljujući širim socijalnim krugovima, dok se muškarci uglavnom oslanjaju na svoje životne partnerice. Nadalje, žene pokazuju veću tendenciju pružanja socijalne podrške, a isto tako će prije u odnosu na muškarce potražiti pomoć kod drugih osoba (Thoits, 1995).

**Dob.** Proučavanje dobnih razlika u socijalnoj podršci slabije je prisutno u istraživanjima. Ipak, određeni nalazi upućuju na smanjenje količine socijalnih interakcija s godinama (Knoll i Schwarzer, 2002). Drugim riječima, osobe mlađe i srednje odrasle dobi uglavnom održavaju veću socijalnu mrežu, koju nerijetko karakteriziraju manje intimne i kvalitetne relacije, dok u starijoj dobi dolazi do pada socijalnih interakcija koje pritom postaju selektivnije, odnosno svode se na interakcije s manjim brojem emocionalno bliskih osoba (Carstensen, 1986). Sukladno navedenom, osobe starije životne dobi veći naglasak stavljaju na emocionalnu kvalitetu socijalnih iskustava koje imaju s osobama iz svoje okoline. S druge strane, prema Knollu i Schwarzeru (2002), muškarci tijekom svih životnih razdoblja izvještavaju o podjednakoj količini socijalne podrške. Suprotno muškarcima, mlađe žene imaju najvišu razinu socijalne podrške, dok sredovječne i žene starije životne dobi izvještavaju o nižim razinama socijalne podrške (Knoll i Schwarzer, 2002).

## 1.5. ODNOS OPTIMIZMA, SOCIJALNE PODRŠKE I ZDRAVLJA

### 1.5.1. Odnos optimizma i zdravlja

Tijekom starije životne dobi česta je pojava različitih zdravstvenih tegoba koje mogu značajno utjecati na čovjekov život (Bilajac i sur., 2020; Bowling i Dieppe, 2005). Sukladno navedenom, kako je zdravlje najugroženije upravo u starijoj dobnoj skupini, a pokazuje se da postoje psihološki čimbenici poput optimizma koji su povezani sa zdravstvenim stanjem starijih te imaju bitnu ulogu u uspješnom starenju, brojna su se istraživanja usmjerila na ispitivanje povezanosti optimizma i zdravlja u osoba starije životne dobi (Andersson i sur., 1995; Lauver i Tak, 1995; Steptoe i sur., 2006). Pritom, mnoga istraživanja ukazuju na pozitivnu ulogu koju optimizam ostvaruje nad očuvanjem psihičke te fizičke dobrobiti pojedinaca (Boehm i sur., 2018; Carver i sur., 2010; Maruta i sur., 2002). Istraživanje Ambrosi-Randić i suradnika (2017) pokazalo je da je način na koji starije osobe koje boluju od određene kronične bolesti razmišljaju o simptomima te samom liječenju, povezan s različitim psihološkim aspektima poput optimizma. Pojednostavljeno rečeno, osobe starije životne dobi koje pokazuju manju zabrinutost, odnosno one starije osobe koje su optimističnije, navode manji broj simptoma bolesti s kojom su suočeni, tj. često pokazuju bolje funkcionalno stanje u odnosu na osobe koje su manje optimistične. Prilikom proučavanja povezanosti optimizma i zdravlja, većina istraživanja bavila se ispitivanjem povezanosti optimizma i subjektivne procjene zdravstvenog stanja pojedinaca (Lauver i Tak, 1995; Lennings, 2000; Rijken i sur., 1995). Istraživanje Rijkena i suradnika (1995) pokazalo je pozitivnu povezanost optimizma sa subjektivnom procjenom zdravlja kod osoba starije životne dobi koje su oboljele od raka. Međutim, iz subjektivnih procjena zdravlja nije u potpunosti razumljivo je li zdravlje osoba koje su optimistične uistinu bolje ili one, zbog tendencije očekivanja pozitivnih ishoda u vlastitom životu, daju bolje procjene zdravstvenog stanja, zbog čega je potrebno uključiti i objektivne indikatore poput vrste i broja kroničnih bolesti (Kardum i sur., 2018). Primjerice, Giltay i suradnici (2004) utvrđuju da optimističnije starije osobe imaju manji rizik smrti od kardiovaskularnih bolesti u odnosu na osobe koje su manje optimistične. Konačno, postoji i nekolicina istraživanja koja ne potvrđuju povezanost optimizma i zdravlja kod starijih osoba (Hanoch i sur., 2019; Tindle i sur., 2009), međutim, većina istraživanja pokazuje pozitivnu povezanost među navedenim konstruktima.

### 1.5.2. Odnos socijalne podrške i zdravlja

Na zdravstveno stanje pojedinca može utjecati i percipirana prisutnost pomoći drugih ljudi, odnosno percipirana socijalna podrška (Bertić i sur., 2021; Cape i Gibson, 1994). S obzirom da je socijalna interakcija, a time i podrška koju starije osobe primaju iz svoje okoline, nerijetko smanjena zbog ograničene pokretljivosti osoba starije životne dobi uzrokovane različitim kroničnim stanjima (Caetano i sur., 2013), važna su istraživanja koja ispituju povezanost između socijalne podrške i zdravstvenog stanja kod starijih pojedinaca. U skladu s navedenim, brojna su istraživanja ukazala na pozitivnu povezanost socijalne podrške i zdravstvenog stanja, odnosno istaknula ulogu podrške koju osoba prima iz svoje socijalne okoline u poboljšanju suočavanja te nošenja sa fizičkom i psihičkom bolesti (Harandi i sur., 2017; Kornblith i sur., 2001; Uchino i sur., 2018). Primjerice, Portero i Oliva (2007) su utvrdili da stariji sudionici, koji su imali bolju socijalnu podršku, pokazuju i bolje zdravlje. Prema Al-Kandari i Crewsu (2014), socijalna podrška koju osobe starije životne dobi primaju povezana je sa manje simptoma bolesti. Drugim riječima, percepcija socijalne podrške, kao i učestalost kontakata koje starije osobe imaju s ljudima iz svoje okoline, predstavljaju važne modulatore somatskih simptoma te krvnog tlaka među starijim pojedincima (Al-Kandari i Crews, 2014). S druge strane, niska ili pak nepostojeća socijalna podrška povezuje se s faktorima koji uključuju povećan broj otkucaja srca, povišen krvni tlak, pojavu depresije kod mlađih te starijih osoba oboljelih od multiple skleroze, raka, artritisa i dr. (Manne i sur., 1999; Mohr i sur., 2004; Uchino i sur., 1996). Nadalje, prema Hudek- Knežević i suradnicima (2002), socijalna podrška koju stariji pojedinci oboljeli od karcinoma dobivaju od članova obitelji, prijatelja te medicinskih djelatnika povezana je sa istaknutim pozitivnim emocijama. Cohen i Wills (1985) navode dva modela pomoću kojih socijalna podrška ostvaruje svoj utjecaj na zdravstveno stanje osoba. Prema modelu direktnog učinka, socijalna podrška ima pozitivan utjecaj na zdravlje bez obzira na situaciju u kojoj se pojedinac nalazi, odnosno stupanj u kojem je situacija percipirana kao stresna. Drugi model ublaživača stresa naglašava indirektno djelovanje socijalne podrške u osiguravanju zaštite pojedinaca kada se nalaze u situacijama koje percipiraju kao stresne (Cohen i Wills, 1985). Naposljetku, dosadašnja istraživanja pokazuju prilično konzistentne nalaze u pogledu odnosa socijalne podrške i zdravstvenog stanja osoba, odnosno pokazuju pozitivan utjecaj socijalne podrške na zdravlje (Uchino, 2006).

## **2. CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE**

S obzirom na navedeno, cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u optimizmu, socijalnoj podršci i zdravlju s obzirom na spol i dob sudionika kao i povezanost zdravlja s optimizmom i socijalnom podrškom kod osoba starije životne dobi.

1. Prvi problem je bio ispitati spolne i dobne razlike u optimizmu, socijalnoj podršci i zdravlju.
  - 1a) Očekuje se postojanje spolnih razlika u socijalnoj podršci osoba starije životne dobi, pri čemu se pretpostavlja, sukladno rezultatima nekih ranijih istraživanja (Caetano i sur., 2013), da će žene izvještavati o većoj socijalnoj podršci u odnosu na muškarce. Nadalje, pretpostavlja se postojanje spolnih razlika u broju bolesti i subjektivnom zdravlju osoba starije životne dobi pri čemu se očekuje, sukladno rezultatima nekih ranijih istraživanja (Orfila i sur., 2006), da će žene imati veći broj bolesti i lošije subjektivno zdravlje. S obzirom da u literaturi nisu nađeni konzistentni podatci o spolnim razlikama u optimizmu, u ovom istraživanju kreće se od nul - hipoteze o nepostojanju spolnih razlika u navedenom konstrukt.
  - 1b) Pretpostavlja se postojanje dobnih razlika u zdravlju osoba starije životne dobi pri čemu će, sukladno rezultatima nekih ranijih istraživanja (Mwanyangala i sur., 2010), starije stare osobe imati lošije zdravstveno stanje u odnosu na mlađe stare osobe. S obzirom da u literaturi nisu nađeni konzistentni podatci o dobnim razlikama u optimizmu i socijalnoj podršci, u ovom istraživanju kreće se od nul - hipoteze o nepostojanju dobnih razlika u podskupini starijih osoba.
2. Drugi problem je bio ispitati povezanost zdravlja s optimizmom i socijalnom podrškom.
  - 2a) Prema rezultatima ranijih istraživanja (Carver i Scheier, 2014), očekuje se pozitivna povezanost optimizma sa subjektivnim zdravstvenim statusom starijih osoba te negativna povezanost s brojem bolesti kao pokazateljem objektivnog zdravstvenog statusa.
  - 2b) Prema rezultatima ranijih istraživanja (Lindsay Smith i sur., 2017), očekuje se pozitivna povezanost socijalne podrške sa subjektivnim zdravstvenim statusom starijih osoba te negativna povezanost s brojem bolesti kao pokazateljem objektivnog zdravstvenog statusa.

## **3. METODA**

### **3.1.Sudionici**

U istraživanju je sudjelovalo 540 osoba starije životne dobi (od 65 i više godina) pri čemu je prosječna dob iznosila 73.9 godina ( $SD=6.48$ , raspon dobi: 65 – 98). Korišten je prigodan uzorak kojeg su činili muškarci i žene te mlađe stare osobe (65 godina - 75 godina) i starije stare osobe (76 godina i nadalje). U uzorku je bilo zastupljeno 225 muškaraca i 315 žena te 313 mlađih starih osoba (65 godina - 75 godina) i 227 starijih starih osoba (76 godina i nadalje). Također, uzorak je vaninstitucionalan, tj. čine ga osobe starije životne dobi koje žive u vlastitom domu pri čemu najveći broj živi samo sa bračnim partnerom ( $N=247$ ).

Uz navedena sociodemografska obilježja, upitnik je obuhvatio i pitanje bračnog stanja osoba starije životne dobi koje su sudjelovale u istraživanju pri čemu je većina starijih osoba oženjena/udana ( $N=356$ ). Također, većina ispitanih starijih osoba živi u gradu ( $N=338$ ) te kod većine sudionika prevladava srednja stručna sprema ( $N=234$ ) kao najviši završeni stupanj obrazovanja.

### **3.2.Mjerni instrumenti**

Primijenjen je upitnik o *Odrednicama i sastavnicama modela uspješnog starenja*, koji je uz pitanja o sociodemografskim podacima uključivao veći broj skala.

#### **Skala optimizma (*Life Orientation Test-Revised- LOT-R, Scheier i sur., 1994*)**

Konstrukt optimizma ispitan je pomoću Skale optimizma (*Life Orientation Test-Revised - LOT-R, Scheier i sur., 1994*). Navedena skala sadrži šest tvrdnji, pri čemu je uz svaku tvrdnju pridružena ljestvica za odgovore od pet stupnjeva na kojoj sudionici bilježe svoje odgovore označavanjem odgovarajućeg broja od 1 (uopće se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Ukupan rezultat na skali optimizma računao se kao prosjek procjena sudionika na šest tvrdnji skale pri čemu veći ukupan rezultat ukazuje na više razine optimizma. Pritom, u skali optimizma tri tvrdnje su obrnuto bodovane.

#### **Prilagođena skala socijalne podrške (Despot Lučanin, 1997)**

Socijalna podrška ispitana je pomoću prilagođene skale socijalne podrške (Despot Lučanin, 1997) koja ispituje emocionalnu, instrumentalnu podršku i druženje. Prilagođena skala socijalne podrške sastoji se od subskale članova obitelji i subskale susjeda i prijatelja. Rezultat sudionika na navedenim subskalama izračunat je kao jednostavan zbroj procjena na pripadajuće tri čestice pri čemu je mogući raspon rezultata od 3 do 9. Također, rezultat

sudionika na ukupnoj skali socijalne podrške izračunat je kao zbroj prosječnih rezultata na dvije subskale pri čemu je mogući raspon rezultata od 2 do 6.

### **Mjere zdravstvenog statusa**

Zdravstveno stanje sudionika ispitano je pitanjima koja se odnose na vrstu i broj kroničnih bolesti pri čemu su sudionici imali ponuđenu listu najčešćih bolesti u starijoj populaciji (poput artritisa, povišenog krvnog tlaka, dijabetesa i sl.). Također, sudionici su mogli samostalno upisati neke bolesti koje nisu bile navedene u upitniku. Uz pitanja o objektivnom zdravlju, tj. broju bolesti, ispitano je i subjektivno zdravlje sudionika, odnosno subjektivna procjena zdravlja, pitanjem „*Kako biste ocijenili svoje sadašnje zdravlje?*“ pri čemu sudionici daju samoprocjene zdravlja označujući odgovarajući broj od 1 (vrlo loše) do 5 (odlično).

### **3.3.Postupak**

Istraživanje je provedeno u sklopu institucionalnog projekta Sveučilišta u Zadru „*Uspješno starenje: razvoj i validacija integriranog višedimenzionalnog modela*“, voditeljice izv.prof.dr.sc. Ivane Tucak Junaković, pri čemu su analize za potrebe ovoga rada provedene na dijelu prikupljenih podataka. Sudionici su regrutirani metodom snježne grude, dok su podaci prikupljeni pismenim putem, primjenom upitnika tipa papir-olovka o odrednicama i sastavnicama modela uspješnog starenja. U uputi upitnika naveden je kratki opis istraživanja pri čemu je naglašeno da je istraživanje u potpunosti dobrovoljno i povjerljivo, odnosno da su podaci u potpunosti zaštićeni i da će biti korišteni samo u istraživačke svrhe. Primjena upitnika bila je individualna, uglavnom u vlastitim domovima starijih osoba. Upitnik su sudionici popunjavali samostalno u prisutnosti ispitivača ili su, po potrebi, ispitivači čitali pitanja i tvrdnje sudioniku. Također su, prilikom popunjavanja upitnika, sudionici mogli upitati o eventualnim nejasnoćama. Provedba istraživanja odobrena je od strane Etičkog povjerenstva Odjela za psihologiju Sveučilišta u Zadru.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Osnovni deskriptivni podaci ispitivanih varijabli

U svrhu odgovora na istraživačke probleme, prije provođenja statističkih postupaka, izračunati su podaci deskriptivne statistike ( $M$ ,  $SD$ ,  $Min$ ,  $Max$ ) te rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa normaliteta distribucije kao i indeksa asimetričnosti i spljoštenosti. Dobiveni podaci prikazani su u *Tablici 1*.

*Tablica 1* Osnovni deskriptivni podaci korištenih mjera zdravstvenog statusa, optimizma i socijalne podrške na uzorku sudionika starije životne dobi ( $N=540$ )

	$M$	$Min$	$Max$	$SD$	Kolmogorov-Smirnov	Asimetričnost	Spljoštenost
broj bolesti	1.80	0.00	8.00	1.34	.22**	1.04	1.61
subjektivno zdravlje	3.25	1.00	5.00	0.81	.31**	0.13	0.38
optimizam	3.55	1.00	5.00	0.74	.09**	-0.62	0.75
socijalna podrška članova obitelji	8.08	3.00	9.00	1.20	.30**	-1.3	1.17
socijalna podrška prijatelja i susjeda	6.48	3.00	9.00	1.68	.17**	-0.07	-0.72

---

ukupna							
socijalna	4.85	2.00	6.00	0.77	.10**	-0.31	-0.36
podrška							

---

\*\* $p < .01$

Iz *Tablice 1* vidljivo je da ispitane starije osobe u prosjeku izvješćuju o dvije prisutne bolesti te prilikom davanja samoprocjene zdravstvenog stanja (subjektivno zdravlje) u prosjeku daju prosječne procjene. Nadalje, starije ispitane osobe su u prosjeku davale blago pozitivne procjene optimizma. Također, u prosjeku starije osobe procjenjuju socijalnu podršku dostupnom pri čemu im veću socijalnu podršku pružaju članovi obitelji u odnosu na prijatelje i susjede.

Kao uvjet korištenja parametrijskih statističkih postupaka, potrebno je provjeriti jesu li distribucije rezultata za navedene varijable normalne. Rezultati Kolmogorov-Smirnovljeva testa normaliteta distribucije te indeksa asimetričnosti i spljoštenosti prikazani su u *Tablici 1*.

Kolmogorov-Smirnovljevim testom dobiveno je da se rezultati sudionika na navedenim varijablama ne distribuiraju normalno. Međutim, prema kriteriju kojeg navodi Kline (2005), za distribucije koje nemaju indeks asimetričnosti veći od 3 i indeks spljoštenosti veći od 10 opravdano je koristiti parametrijske statističke postupke.

## **4.2. Razlike u ispitivanim varijablama s obzirom na spol i dob**

### **4.2.1. Razlike u zdravlju (broju bolesti i subjektivnom), optimizmu i socijalnoj podršci (podrška članova obitelji, podrška prijatelja i susjeda te ukupna) s obzirom na spol**

U svrhu odgovora na prvi problem, odnosno, utvrđivanja razlika u ispitivanim varijablama s obzirom na spol sudionika korišten je t-test za nezavisne uzorke (*Tablica 2*).



Tablica 2 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke u svrhu ispitivanja spolnih razlika u navedenim varijablama ( $N_1 = 225$ ,  $N_2 = 315$ )

	Muškarci ( $N=225$ )		Žene ( $N=315$ )		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
broj bolesti	1.53	1.19	1.99	1.41	-3.96*
subjektivno zdravlje	3.36	0.86	3.17	0.75	2.79*
optimizam	3.57	0.74	3.53	0.73	0.70
socijalna podrška članova obitelji	8.08	1.24	8.09	1.18	-0.13
socijalna podrška prijatelji i susjedi	6.40	1.66	6.54	1.69	-0.95
ukupna socijalna podrška	4.83	0.77	4.88	0.77	-0.75

\* $p < .01$

Utvrđena je statistički značajna razlika u broju bolesti između muškaraca i žena pri čemu žene izvješćuju o većem broju bolesti u odnosu na muškarce uz razinu rizika od pogrešnog zaključka manju od 1% (Tablica 2). Nadalje, utvrđena je statistički značajna razlika u subjektivnom zdravlju između muškaraca i žena pri čemu muškarci daju bolje samoprocjene zdravlja u odnosu na žene uz razinu rizika od pogrešnog zaključka manju od 1% (Tablica 2). Također, nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u optimizmu, socijalnoj podršci članova obitelji, socijalnoj podršci prijatelja i susjeda i ukupnoj socijalnoj podršci ( $p > .05$ ).

#### 4.2.2. Razlike u zdravlju (broju bolesti i subjektivnom), optimizmu i socijalnoj podršci (podrška članova obitelji, podrška prijatelja i susjeda te ukupna) s obzirom na dob

Nadalje, u svrhu odgovora na prvi problem, odnosno, utvrđivanja razlika u ispitivanim varijablama s obzirom na dob sudionika korišten je t-test za nezavisne uzorke (*Tablica 3*).

*Tablica 3* Rezultati t-testa za nezavisne uzorke u svrhu ispitivanja dobnih razlika u navedenim varijablama ( $N_1 = 347$ ,  $N_2 = 193$ )

	mlađe stare osobe ( $N=347$ )		starije stare osobe ( $N=193$ )		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
broj bolesti	1.57	1.23	2.22	1.43	-5.54**
subjektivno zdravlje	3.36	0.81	3.06	0.74	4.18**
optimizam	3.56	0.69	3.53	0.79	0.80
socijalna podrška članova obitelji	8.08	1.21	8.09	1.21	-0.44
socijalna podrška prijatelja i susjeda	6.68	1.64	6.21	1.71	3.07**
ukupna socijalna podrška	4.92	0.78	4.77	0.76	1.98*

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Utvrđena je statistički značajna razlika u broju bolesti između mlađih starih osoba (od 65 godina do 75 godina) i starijih starih osoba (od 76 godina i starije) pri čemu mlađe stare osobe imaju manji broj bolesti u odnosu na starije stare osobe uz razinu rizika od pogrešnog zaključka manju od 1% (*Tablica 3*). Nadalje, utvrđena je statistički značajna razlika u

subjektivnom zdravlju između mlađih starih osoba i starijih starih osoba pri čemu mlađe stare osobe daju bolje samoprocjene zdravlja u odnosu na starije stare osobe uz razinu rizika od pogrešnog zaključka manju od 1% (*Tablica 3*). Također je utvrđena statistički značajna razlika u socijalnoj podršci prijatelja i susjeda kao i u ukupnoj socijalnoj podršci pri čemu mlađe stare osobe imaju bolju socijalnu podršku prijatelja i susjeda ( $p < .01$ ) kao i ukupnu socijalnu podršku ( $p < .05$ ) u odnosu na starije stare osobe (*Tablica 3*). Nadalje, nije utvrđena statistički značajna razlika u optimizmu i socijalnoj podršci članova obitelji između mlađih starih osoba i starijih starih osoba ( $p > .05$ ).

### 4.3. Povezanost ispitivanih varijabli

U svrhu odgovora na drugi problem, odnosno kako bi se ispitala povezanost između svih varijabli relevantnih za ovo istraživanje, korišten je Pearsonov koeficijent korelacije. U *Tablici 4* prikazani su koeficijenti korelacija svih varijabli relevantnih za ovo istraživanje na ukupnom uzorku osoba starije životne dobi ( $N=540$ ).

*Tablica 4* Pearsonovi koeficijenti korelacije između zdravlja (broja bolesti i subjektivnog zdravlja), optimizma i socijalne podrške (podrška članova obitelji, podrška prijatelja i susjeda te ukupna socijalna podrška) na uzorku sudionika starije životne dobi ( $N=540$ )

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. dob	1						
2. broj bolesti	.23**	1					
3. subjektivno zdravlje	-.20**	-.52**	1				
4. optimizam	-.05	-.16**	.27**	1			
5. socijalna podrška članova obitelji	.05	-.03	-.02	.15**	1		
6. socijalna podrška prijatelja i susjeda	-.13**	-.08	.09*	.09*	.28**	1	
7. ukupna socijalna podrška	-.07	-.07	.06	.14**	.72**	.87**	1

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Iz *Tablice 4*, vidljivo je da se korelacije između ispitanih konstrukata kreću u rasponu od niskih, preko umjerenih, do visokih. Nadalje, utvrđena je slaba pozitivna povezanost dobi sudionika i broja bolesti, a negativna slaba povezanost između dobi sudionika te subjektivnog zdravlja (samoprocjena zdravstvenog statusa) i socijalne podrške prijatelja i susjeda (*Tablica 4*). Međutim, nije utvrđena statistički značajna korelacija između dobi sudionika te optimizma, socijalne podrške članova obitelji i ukupne socijalne podrške (*Tablica 4*).

Iz *Tablice 4*, vidljivo je da je utvrđena statistički značajna niska pozitivna povezanost između optimizma te subjektivnog zdravlja sudionika ( $p < .01$ ). Nadalje, utvrđena je statistički značajna slaba negativna povezanost između optimizma te broja bolesti sudionika ( $p < .01$ ).

Iz *Tablice 4* vidljivo je da nije utvrđena statistički značajna povezanost između broja bolesti i socijalne podrške članova obitelji, socijalne podrške prijatelja i susjeda te ukupne socijalne podrške ( $p > .05$ ). Nadalje, iz *Tablice 4* vidljivo je da je utvrđena statistički značajna slaba pozitivna povezanost između subjektivnog zdravlja i socijalne podrške prijatelja i susjeda ( $p < .05$ ). Međutim, iz *Tablice 4* vidljivo je da nije utvrđena statistički značajna povezanost između subjektivnog zdravlja i socijalne podrške članova obitelji te ukupne socijalne podrške ( $p > .05$ ).

## 5. RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u optimizmu, socijalnoj podršci i zdravlju s obzirom na spol i dob sudionika kao i povezanost zdravlja s optimizmom i socijalnom podrškom kod osoba starije životne dobi.

Prvi problem bio je utvrditi razlike u optimizmu, socijalnoj podršci i zdravlju kod osoba starije životne dobi s obzirom na spol i dob. Pretpostavljalo se da će žene izvještavati o većoj socijalnoj podršci u odnosu na muškarce te da će postojati spolne razlike u broju bolesti i subjektivnom zdravlju osoba starije životne dobi pri čemu će žene imati veći broj bolesti i lošije subjektivno zdravlje. Također, pretpostavljalo se da neće postojati spolne razlike u optimizmu. Statističkom obradom podataka utvrđena je značajna razlika u broju

bolesti između muškaraca i žena pri čemu žene imaju veći broj bolesti u odnosu na muškarce. Nadalje, utvrđena je značajna razlika i u subjektivnom zdravlju između muškaraca i žena pri čemu muškarci daju bolje samoprocjene zdravlja u odnosu na žene.

Unatoč tome što neka od prethodno provedenih istraživanja koja su se bavila ispitivanjem spolnih razlika u zdravlju starijih osoba nisu pronašla spolne razlike u zdravlju (Arber i Cooper, 1999; Macintyre i sur., 1996), većina je potvrdila paradoks „žene su bolesnije, ali žive duže“ (Luy i Minagawa, 2014; Verbrugge i sur., 1987). Naime, pokazalo se da su u kasnoj životnoj dobi žene te koje boluju od većeg broja bolesti koje ih ometaju u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, odnosno pokazuju višu razinu morbiditeta u odnosu na muškarce (Luy i Minagawa, 2014). Postoji nekoliko objašnjenja navedenog nalaza. Naime, muškarci i žene u starijoj životnoj dobi pate od različitih vrsta bolesti uzrokovanih interakcijom bioloških, socijalnih, psiholoških te ponašajnih faktora (Arber i Cooper, 1999). Dok su stariji muškarci skloniji bolestima s terminalnim ishodom uključujući rak, srčane bolesti i slično, žene starije životne dobi obolijevaju od bolesti koje nisu životno opasne primjerice artritis, osteoporozu, međutim, takve ih bolesti više onesposobljavaju (Berk, 2007; Crimmins i sur., 2011). Nadalje, žene u prosjeku žive pet do šest godina dulje od muškaraca pri čemu se njihova prednost u duljini života uzima kao bitan doprinos lošijem zdravlju u kasnoj životnoj dobi (Waldron i Johnston, 1976). Arber i Cooper (1999) ističu kako u dobi od 85 godina nadalje ima više oboljelih žena jer je većina muškaraca umrla, a preživjeli su isključivo najotporniji muškarci. Nalazi prethodno spomenutih istraživanja idu u prilog i rezultatima ovog istraživanja koji potvrđuju lošije objektivno zdravlje, tj. veći broj bolesti kod starijih žena. Također, moguće je da su žene u odnosu na starije muškarce bile iskrenije i otvorenije u navođenju broja i vrste bolesti od kojih boluju, s obzirom na to da određena istraživanja pokazuju veću tendenciju kod starijih žena otvorenom razgovoru o bolesti, dok su muškarci skloniji poricanju zdravstvenih poteškoća kao i njihovom umanjivanju (Oksuzyan i sur., 2008). Osim značajne razlike u broju bolesti između muškaraca i žena, ovo istraživanje pokazalo je i značajnu subjektivnu razliku pri čemu muškarci imaju bolju samoprocjenu zdravlja u odnosu na žene. Mnoga istraživanja izvješćuju da žene, posebno starije životne dobi, imaju lošiju samoprocjenu zdravlja u odnosu na muškarce (Bourne i Brooks, 2011; Cherepanov i sur., 2010). S obzirom na veću vjerojatnost žena u obolijevanju od bolesti koje im otežavaju način života te smanjuju njegovu kvalitetu, starije žene češće izvješćuju o nižoj kvaliteti života nego stariji muškarci (Ekwall i sur., 2005). Također, žene starije dobi u odnosu na muškarce imaju više zdravstvenih pritužbi, više ograničenja u fizičkom kretanju, veće stope depresivnosti kao i veću tendenciju korištenja usluga koje im

nudi zdravstvena skrb (Bourne i Brooks, 2011; Burström i sur., 2001; Perrig-Chiello i Hutchison, 2010), što sve mogu biti razlozi zbog kojih percipiraju svoje zdravstveno stanje lošijim u odnosu na muškarce.

Nadalje, ovim istraživanjem su ispitane spolne razlike u optimizmu pri čemu nije utvrđena značajna razlika između muškaraca i žena. Dosada je proveden relativno manji broj istraživanja koja su se bavila ispitivanjem spolnih razlika u optimizmu na starijoj populaciji, a zabilježeni rezultati uglavnom su nekonzistentni. Primjerice, Singh i Shukla (2014) ispitali su razinu optimizma kod institucionaliziranih muškaraca i žena starije životne dobi te su zabilježili visoke razine optimizma pri čemu su starije žene bile optimističnije u odnosu na muškarce. Suprotno, drugi istraživači nisu utvrdili značajnije spolne razlike u optimizmu (Anthony i sur., 2016, Puskar i sur., 1999), a takvi nalazi dobiveni su i u ovom istraživanju. Fosnaugh i suradnici (2009) navode da se optimizam ne iskazuje više ili manje kod žena ili muškaraca, već da se radi o individualnoj osobini ličnosti koja varira između ljudi neovisno o njihovom spolu. Navedeno je moguć razlog za nepostojanje spolnih razlika u optimizmu u provedenom istraživanju. Nadalje, određeni istraživači predlažu da su osobe starije životne dobi generalno optimističnije, neovisno o spolu, odnosno da su muškarci i žene stekli određeno životno iskustvo koje im je stvorilo optimističniji pogled na život u odnosu na mlađe osobe koje još uvijek nemaju toliku količinu životnog iskustva (Borges i Dutton, 1976).

Također, u ovom istraživanju ispitane su i spolne razlike u socijalnoj podršci pri čemu nije utvrđena razlika između muškaraca i žena u socijalnoj podršci članova obitelji, socijalnoj podršci prijatelja i susjeda i ukupnoj socijalnoj podršci. Općenito istraživanja spolnih razlika u socijalnoj podršci ukazuju na šire socijalne mreže kod žena, odnosno da žene imaju veću socijalnu podršku u usporedbi s muškarcima (Caetano i sur., 2013; Liebler i Sandefur, 2002). Navedeno je moguće objasniti činjenicom da žene odnose s drugima temelje na emocionalnoj bliskosti, dok muškarci naglašavaju društvenost kao i izvođenje različitih aktivnosti s drugim ljudima (Okamoto i Tanaka, 2004). Međutim, provedeno istraživanje nije pokazalo spolne razlike u socijalnoj podršci članova obitelji, prijatelja i susjeda i ukupnoj socijalnoj podršci. S obzirom na situaciju koja je u posljednje dvije godine zahvatila cijeli svijet, odnosno pandemiju Covida-19, moguće je da osobe starije životne dobi izbjegavaju dolaženje u kontakt s drugim ljudima zbog straha od zaraze navedenim virusom. Sukladno navedenom, moguće je da i žene koje inače imaju visoku socijalnu podršku nisu više u mogućnosti u tolikoj mjeri biti u kontaktu s drugim ljudima iz svoje okoline što je posljedično moglo utjecati na dobivene rezultate.

Također, pretpostavljalo se da će starije stare osobe imati lošije zdravstveno stanje u odnosu na mlađe stare osobe, dok neće postojati dobne razlike u optimizmu i socijalnoj podršci. Statističkom analizom utvrđena je značajna razlika u broju bolesti između mlađih starih osoba i starijih starih osoba pri čemu mlađe stare osobe izvješćuju o manjem broju bolesti u odnosu na starije stare osobe. Također, utvrđena je i značajna razlika u subjektivnom zdravlju između mlađih starih osoba i starijih starih osoba pri čemu mlađe stare osobe daju bolje samoprocjene zdravlja u odnosu na starije stare osobe.

Vjerojatnost bolesti naglo se povećava nakon 65. godine života zbog čega osobe starije životne dobi predstavljaju najrizičniju skupinu za obolijevanje od različitih bolesti, odnosno zbog biološkog starenja zdravlje starijih osoba kao i njihovo funkcionalno stanje s dobi neizbježno opada (Bilajac i sur., 2020). Istraživanja u kojima se ispituju dobne razlike u zdravlju osoba starije životne dobi pokazuju bolje zdravstveno stanje kod mlađih starih osoba u odnosu na starije stare osobe (Mwanyangala i sur., 2010). Navedeni rezultati u skladu su s nalazima dobivenim ovim istraživanjem. Prema Mwanyangala i suradnicima (2010), osobe starije životne dobi koje su boljeg zdravlja su ujedno one koje su vjenčane, visokog obrazovanja te višeg socio-ekonomskog statusa. S obzirom na činjenicu da među starijim starim osoba, od 75 godina nadalje, ima više udovaca/udovica, a često i osoba nižeg socioekonomskog statusa, nego u mlađim dobnim skupinama, moguće je da su upravo navedene varijable dijelom utjecale na bolje zdravlje mlađih starih osoba dobiveno u ovom istraživanju. Također, s obzirom na pretpostavku da na pojedinčevo zdravlje utječe i educiranost (Herd i sur., 2007), moguće je da su se u skupini mlađih starih osoba našli pojedinci koji imaju bolji pristup informacijama vezanim uz zdravlje, pravilniju prehranu te bolje zdravstvene navike što u konačnici dovodi i do boljeg zdravstvenog stanja. Kada je riječ o samoprocjenama zdravstvenog stanja, Idler (1993) pokazuje da starije osobe imaju povoljnije procjene vlastitog zdravlja te pokazuju tendenciju podcjenjivanja zdravstvenih problema. Drugim riječima, starije stare osobe imale su znatno pozitivniju samoprocjenu zdravlja u odnosu na mlađe stare osobe. S druge strane, Costa i McCrae (1993; prema Despot Lučanin, 2003) predlažu da percepcija zdravlja ne ovisi toliko o dobi osobe već o njezinoj ličnosti, odnosno zaključuju da su čimbenici ličnosti jači prediktori percepcije zdravlja u odnosu na dob sudionika. Međutim, u ovom istraživanju utvrđeno je da mlađi stari daju povoljnije samoprocjene zdravlja u odnosu na starije stare osobe. S obzirom da mlađe stare osobe imaju bolje objektivno zdravlje, odnosno manji broj bolesti, moguće je da zbog toga imaju i bolje samoprocjene vlastitog zdravstvenog stanja.

Nadalje, u ovom istraživanju ispitane su i dobne razlike u optimizmu pri čemu se pokazalo da se mlađe stare i starije stare osobe ne razlikuju u optimizmu. Prethodna istraživanja dobnih razlika u optimizmu uglavnom su bila usmjerena na usporedbu različitih životnih razdoblja pojedinaca (Bharti i Rangnekar, 2019). Sukladno navedenom, moguće je da je raspon godina u ovom istraživanju previše uzak da bi se detektirale dobne razlike u optimizmu.

Naposljetku, ispitane su dobne razlike i u socijalnoj podršci članova obitelji, prijatelja i susjeda te ukupnoj socijalnoj podršci. Istraživanjem je utvrđena značajna razlika u socijalnoj podršci prijatelja i susjeda kao i u ukupnoj socijalnoj podršci pri čemu mlađe starije osobe imaju bolju socijalnu podršku prijatelja i susjeda, kao i ukupnu socijalnu podršku, u odnosu na starije stare osobe, no nije utvrđena značajna razlika u socijalnoj podršci članova obitelji između mlađih starijih osoba i starijih starih osoba. Istraživanja pokazuju da su mlađe stare osobe boljeg zdravlja te imaju bolje funkcionalno stanje što im omogućava da lakše ostvare kontakt sa ljudima iz svoje socijalne okoline u odnosu na starije stare osobe (Mwanyangala i sur., 2010). Nadalje, moguće je da mlađe stare osobe imaju širu socijalnu mrežu u odnosu na starije stare osobe, odnosno veći broj prijatelja i susjeda s kojima mogu stupiti u socijalnu interakciju, dok je moguće da starije stare osobe proživljavaju veće gubitke svojih bližnjih. S druge strane, ovo istraživanje nije pokazalo dobnu razliku u socijalnoj podršci članova obitelji. Prema Shanas (1979), članovi obitelji predstavljaju primaran izvor socijalne podrške osobama starije životne dobi, odnosno prisutni su u životu starijih osoba neovisno o njihovom zdravstvenom i funkcionalnom stanju. Drugim riječima, moguće je da su starije stare osobe zbog svog lošijeg stanja u manjoj mogućnosti stupiti u kontakt s drugim ljudima, međutim, članovi obitelji kao primaran izvor podrške, uspostavljaju kontakt s njima neovisno o njihovom stanju.

Drugi problem bio je ispitati povezanost zdravlja s optimizmom i socijalnom podrškom. Pretpostavljala se pozitivna povezanost optimizma sa zdravstvenim statusom starijih osoba. Statističkom analizom utvrđena je značajna umjerena pozitivna povezanost između optimizma te subjektivnog zdravlja sudionika te značajna slaba negativna povezanost između optimizma i broja bolesti sudionika. Mnoga provedena istraživanja pokazala su pozitivnu povezanost optimizma sa subjektivnim zdravstvenim statusom osoba starije životne dobi (Boehm i sur., 2018; Carver i sur., 2010; Maruta i sur., 2002; Steptoe i sur., 2006), odnosno ukazala su na pozitivnu ulogu koju optimizam ostvaruje nad očuvanjem psihičke te fizičke dobrobiti pojedinaca. Istraživanje Ambrosi-Randić i suradnika (2017) pokazalo je da način na koji starije osobe koje boluju od određene kronične bolesti



razmišljaju o simptomima te samom liječenju povezan s optimizmom. Drugim riječima, osobe starije životne dobi koje pokazuju manju zabrinutost odnosno one starije osobe koje su optimističnije navode manji broj simptoma bolesti s kojom su suočeni, tj. često pokazuju bolje funkcionalno stanje u odnosu na osobe koje su manje optimistične. U skladu s navedenim je i rezultat dobiven u ovom istraživanju prema kojem osobe višeg optimizma imaju manji broj kroničnih bolesti. Bouchard i suradnici (2017) navode da optimističnije osobe imaju bolje zdravlje jer općenito vode zdraviji način života, odnosno uključuju se u više različitih aktivnosti koje pridonose boljem zdravlju. Drugim riječima, moguće je da se optimističnije osobe bolje nose sa životnim izazovima i stresorima, uključujući i one zdravstvene, što na koncu doprinosi boljem zdravlju. Nadalje, neki istraživači predlažu da su optimističniji pojedinci ujedno i oni koji su ustrajni te češće dostižu viši socioekonomski status koji im omogućuje resurse pomoću kojih imaju više pristupa zdravstvenoj njezi (Segerstrom, 2007). Drugim riječima, moguće je da u ovom istraživanju starije osobe koje su optimističnije imaju bolji socioekonomski status što im omogućava bolju zdravstvenu njegu.

Naposljetku, pretpostavljena je pozitivna povezanost socijalne podrške i zdravlja. Ovim istraživanjem nije utvrđena značajna povezanost između broja bolesti i socijalne podrške članova obitelji, socijalne podrške prijatelja i susjeda te ukupne socijalne podrške. Moguće je da se socijalna podrška koju starije osobe primaju očituje više u razgovoru i druženju te ne uključuje direktnu zdravstvenu njegu poput hranjenja. Međutim, utvrđena je značajna slaba pozitivna povezanost između subjektivnog zdravlja i socijalne podrške prijatelja i susjeda te nije utvrđena značajna povezanost između subjektivnog zdravlja i socijalne podrške članova obitelji te ukupne socijalne podrške. Navedeni rezultat moguće je objasniti na način da socijalna podrška olakšava pojedincu nošenje s fizičkom i psihičkom bolesti, odnosno utječe na sudionikovu percepciju zdravstvenog stanja (Harandi i sur., 2017).

U budućim istraživanjima trebalo bi težiti izjednačavanju mlađih starijih osoba i starijih starih osoba kako njihov nerazmjer ne bi utjecao na rezultate istraživanja. Potom, trebalo bi obratiti pažnju na korištenu skalu optimizma s obzirom da sadrži obrnute čestice poput „*Rijetko očekujem da stvari idu po mome*“, koje mogu biti zbunjujuće za osobe starije životne dobi što može utjecati na dobivene rezultate istraživanja. Nadalje, s obzirom na specifičnost situacije u kojoj je istraživanje provedeno, odnosno trenutačne pandemije bilo bi poželjno ponoviti istraživanje nakon nekog vremena zbog mogućih utjecaja pandemije na starije osobe, posebice na njihove socijalne interakcije. U skladu s navedenim, moguće je da bi određeni rezultati bili drugačiji kada ne bi bilo svih utjecaja vezanih uz Covid-19.

## 6. ZAKLJUČCI

1. Utvrđen je veći broj bolesti kod žena u odnosu na muškarce te muškarci daju bolje samoprocjene zdravlja u odnosu na žene. Međutim, nisu utvrđene spolne razlike u optimizmu, socijalnoj podršci članova obitelji, socijalnoj podršci prijatelja i susjeda i ukupnoj socijalnoj podršci. Nadalje, utvrđen je manji broj bolesti kod mlađih starih osoba u odnosu na starije stare osobe pri čemu mlađe stare osobe daju i bolje samoprocjene zdravlja u odnosu na starije stare osobe. Također je utvrđeno da mlađe stare osobe imaju bolju socijalnu podršku prijatelja i susjeda kao i ukupnu socijalnu podršku. No, nije utvrđena razlika u optimizmu i socijalnoj podršci članova obitelji između mlađih starih osoba i starijih starih osoba.
2. Utvrđena je umjerena pozitivna povezanost između optimizma i subjektivnog zdravlja sudionika. Nadalje, utvrđena je slaba negativna povezanost između optimizma te broja bolesti kao pokazatelja objektivnog zdravlja sudionika. Nadalje, utvrđena je slaba pozitivna povezanost između subjektivnog zdravlja i socijalne podrške prijatelja i susjeda. No, nije utvrđena statistički značajna povezanost između broja bolesti i socijalne podrške članova obitelji, socijalne podrške prijatelja i susjeda te ukupne socijalne podrške te između subjektivnog zdravlja i socijalne podrške članova obitelji kao i ukupne socijalne podrške.

## 7. LITERATURA

- Al-Kandari, Y. Y. i Crews, D. E. (2014). Social support and health among elderly Kuwaitis. *Journal of Biosocial Science*, 46(4), 518-530.
- Ambrosi-Randić, N., Nekić, M. i Tucak Junaković, I. (2017). Percepcija kroničnih bolesti u kontekstu psihološke dobrobiti starijih osoba. *Socijalna psihijatrija*, 45(4), 231-240.
- Andersson, G., Melin, L., Lindberg, P. i Scott, B. (1995). Dispositional optimism, dysphoria, health, and coping with hearing impairment in elderly adults. *Audiology*, 34(2), 76-84.
- Anthony, E. G., Kritz-Silverstein, D. i Barrett-Connor, E. (2016). Optimism and mortality in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Journal of Aging Research*, 2016.

- Antonucci, T. C. i Akiyama, H. (1987). An examination of sex differences in social support among older men and women. *Sex Roles*, 17(11), 737-749.
- Arber, S. i Cooper, H. (1999). Gender differences in health in later life: the new paradox?. *Social Science & Medicine*, 48(1), 61-76.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. i Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 27106.
- Arrosa, M. L. i Gandelman, N. (2016). Happiness decomposition: Female optimism. *Journal of Happiness Studies*, 17(2), 731-756.
- Awang, M. M., Kutty, F. M. i Ahmad, A. R. (2014). Perceived social support and well being: First-year student experience in university. *International Education Studies*, 7(13), 261-270.
- Azam, A. i Aldehayyat, J. (2018). Impact of Informational Social Support and Familiarity on Social Commerce Intention. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 7(4), 744-757.
- Barbee, A. P., Cunningham, M. R., Winstead, B. A., Derlega, V. J., Gulley, M. R., Yankeelov, P. A. i Druen, P. B. (1993). Effects of gender role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues*, 49(3), 175-190.
- Berk, L. (2007). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada slap.
- Bertić, Ž., Telebuh, M. i Čovčić, G. G. (2021). Razlike u prilagodbi na umirovljenje s obzirom na samoprocjenu zdravlja i percepciju socijalne podrške. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, 30(2), 197-217.
- Bharti, T. i Rangnekar, S. (2019). "When life gives you lemons make lemonade: cross-sectional age and gender differences in optimism", *Evidence-based HRM*, 7 (2), 213-228.
- Bilajac, L., Rukavina, T., Vasiljev, V., Juraga, D., Mandić, A. i Marinović Glavić, M. (2020). Samoprocjena zdravlja i funkcionalna sposobnost osoba treće životne dobi. *Medica Jadertina*, 50(4), 285-291.

- Bjuggren, C. M. i Elert, N. (2019). Gender differences in optimism. *Applied Economics*, 51(47), 5160-5173.
- Boehm, J. K., Chen, Y., Koga, H., Mathur, M. B., Vie, L. L. i Kubzansky, L. D. (2018). Is optimism associated with healthier cardiovascular-related behavior?. Meta-analyses of 3 health behaviors. *Circulation Research*, 122(8), 1119-1134.
- Borges, M. A. i Dutton, L. J. (1976). Attitudes Toward Aging Increasing Optimism Found with Age. *The Gerontologist*, 16(3), 220-224.
- Bouchard, L. C., Carver, C. S., Mens, M. G. i Scheier, M. F. (2017). *Optimism, health, and well-being*. Routledge.
- Bourne, P. A. i Brooks, D. (2011). Gender, women and health: gendered health differences. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 3(7), 550-574.
- Bowling, A. i Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it?. *Bmj*, 331, 1548-1551.
- Buchanan, G. M. i Seligman, M. E. (1995). *Afterword: The future of the field*. Routledge.
- Burström, K., Johannesson, M. i Diderichsen, F. (2001). Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*, 55(1), 51-69.
- Caetano, S. C., Silva, C. M. i Vettore, M. V. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC Geriatrics*, 13(1), 1-14.
- Cape, R. D. T. i Gibson, S. J. (1994). The influence of clinical problems, age and social support on outcomes for elderly persons referred to regional aged care assessment teams. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 24(4), 378-385.
- Carstensen, L. L. (1986). Social support among the elderly: Limitations of behavioral interventions. *The Behavior Therapist*. 9(6), 111–113.
- Carver, C. S. i Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-299.

- Carver, C. S., Scheier, M. F. i Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879-889.
- Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G. i Robert, S. A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socioeconomic variation between adult men and women in the US: Evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research, 19*(8), 1115-1124.
- Chopik, W. J., Kim, E. S. i Smith, J. (2015). Changes in optimism are associated with changes in health over time among older adults. *Social Psychological and Personality Science, 6*(7), 814-822.
- Cohen, S. i Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.
- Cosco, T. D., Stephan, B. C. i Brayne, C. (2015). Validation of an a priori, index model of successful aging in a population-based cohort study: the successful aging index. *International Psychogeriatrics, 27*(12), 1971-1977.
- Crimmins, E. M., Kim, J. K. i Solé-Auró, A. (2011). Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *European Journal of Public Health, 21*(1), 81-91.
- Cross, C. J., Nguyen, A. W., Chatters, L. M. i Taylor, R. J. (2018). Instrumental social support exchanges in African American extended families. *Journal of Family Issues, 39*(13), 3535-3563.
- Dalton, J.H., Elias, M.J. i Wandersman, A. (2001). *Community psychology, linking individuals and communities*. Wadsworth.
- Davison, G.C. i Neale, M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada Slap.
- Dening, T. R., Chi, L. Y., Brayne, C., Huppert, F. A., Paykel, E. S. i O'connor, D. W. (1998). Changes in self-rated health, disability and contact with services in a very elderly cohort: a 6-year follow-up study. *Age and Ageing, 27*(1), 23-33.

- Denton, M., Prus, S. i Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58(12), 2585-2600.
- Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Naklada slap.
- Durbin, K. A., Barber, S. J., Brown, M. i Mather, M. (2019). Optimism for the future in younger and older adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(4), 565-574.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B. i Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23-32.
- Fosnaugh, J., Geers, A. L. i Wellman, J. A. (2009). Giving off a rosy glow: The manipulation of an optimistic orientation. *The Journal of Social Psychology*, 149(3), 349-364.
- French, D. J., Sargent-Cox, K. i Luszcz, M. A. (2012). Correlates of subjective health across the aging lifespan: Understanding self-rated health in the oldest old. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1449-1469.
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Hoekstra, T. i Schouten, E. G. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1126-1135.
- Hanoch, Y., Rolison, J. i Freund, A. M. (2019). Reaping the benefits and avoiding the risks: unrealistic optimism in the health domain. *Risk Analysis*, 39(4), 792-804.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M. i Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician*, 9(9), 5212-5222.
- Heinonen, K., Räikkönen, K. i Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Self-esteem in early and late adolescence predicts dispositional optimism–pessimism in adulthood: A 21-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 511-521.
- Herd, P., Goesling, B. i House, J.S. (2007). Socioeconomic position and health: the differential effects of education versus income on the onset versus progression of health problems. *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (3), 223-238.

- Hessel, A., Gunzelmann, T., Geyer, M. i Brähler, E. (2000). Utilization of medical services and medication intake of patients over 60 in Germany health related, social structure related, socio-demographic and subjective factors. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(4), 289-299.
- House, J. S., Umberson, D. i Landis, K.R. (1981). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14, 293-318.
- Hudek-Knežević, J., Kardum, I. i Pahljina, R. (2002). Relations among social support, coping, and negative affect in hospitalized and nonhospitalized cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20(2), 45-63.
- Idler, E. L. (1993). Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship?. *Journal of Gerontology*, 48(6), 289-300.
- Jacobsen, B., Lee, J. B., Marquering, W. i Zhang, C. Y. (2014). Gender differences in optimism and asset allocation. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 107, 630-651.
- Jovanović, A., Krčmar, N., Mihel, S., Musić-Milanović, S., Benković, V., Not, T., Bešić-Barun V., Stevanović R., Pristaš I. i Stanić, A. (2005). Osobe starije životne dobi u ordinaciji obiteljske medicine. *Medicus*, 14(2), 295-299.
- Kardum, I., Hudek-Knežević, J. i Krapić, N. (2018). Optimizam, pesimizam i tjelesno zdravlje. *Psychological Topics*, 27(3), 585-611.
- Keleminec, M. (2020). *Oralno zdravlje kao bitan čimbenik kvalitete života osoba treće životne dobi*. [Neobjavljeni diplomski rad]. Sveučilište u Zagrebu.
- Klaczynski, P. A. (2017). Age differences in optimism bias are mediated by reliance on intuition and religiosity. *Journal of Experimental Child Psychology*, 163, 126-139.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford.
- Knoll, N. i Schwarzer, R. (2002). Gender and age differences in social support: A study of East German migrants. *Heart Disease: Environment, Stress and Gender*, 327, 198-210.
- Komšo, V. (2020). *Psihološka dobrobit žena oboljelih od raka dojke* [Neobjavljeni završni rad]. Sveučilište u Zadru.

- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., Harris, L., Tkaczuk, K. H., Perry, M. C., Budman, D., Norton, L. i Holland, J. C. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, *91*(2), 443-454.
- Lahelma, E., Rahkonen, O. i Huuhka, M. (1997). Changes in the social patterning of health?. *Social Science & Medicine*, *44*(6), 789-799.
- Lauver, D. i Tak, Y. (1995). Optimism and coping with a breast cancer symptom. *Nursing Research*, *44*(4), 202–207.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. i Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *35*(1), 79-92.
- Lennings, C. J. (2000). Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *The International Journal of Aging and Human Development*, *51*(3), 167-181.
- Lepan, Ž. i Leutar, Z. (2012). Važnost tjelesne aktivnosti u starijoj životnoj dobi. *Socijalna ekologija: Časopis za ekološku misao i sociologijska istraživanja okoline*, *21*(2), 203-224.
- Li, C. I., Lin, C. H., Lin, W. Y., Liu, C. S., Chang, C. K., Meng, N. H., Lee Y.D., Li T. C. i Lin, C. C. (2014). Successful aging defined by health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *BMC Public Health*, *14*(1), 1-8.
- Liebler, C. A. i Sandefur, G. D. (2002). Gender differences in the exchange of social support with friends, neighbors, and co-workers at midlife. *Social Science Research*, *31*(3), 364-391.
- Lin, N., Ensel, W. M., Simeone, R. S. i Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior* *20*(2), 108-119.
- Lindsay Smith, G., Banting, L., Eime, R., O’Sullivan, G. i Van Uffelen, J. G. (2017). The association between social support and physical activity in older adults: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *14*(1), 1-21.



- Luy, M. i Minagawa, Y. (2014). Gender gaps: Life expectancy and proportion of life in poor health. *Health Reports*, 25(12), 12-19.
- Macintyre, S., Hunt, K. i Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem?. *Social Science & Medicine*, 42(4), 617-624.
- Manne, S. L., Pape, S. J., Taylor, K. L. i Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping, and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(2), 111-121.
- Maruta, T., Colligan, R. C., Malinchoc, M. i Offord, K. P. (2002). Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(8), 748-753.
- McLaughlin, D., Adams, J. O. N., Vagenas, D. i Dobson, A. (2011). Factors which enhance or inhibit social support: A mixed-methods analysis of social networks in older women. *Ageing & Society*, 31(1), 18-33.
- McNicholas, S. L. (2002). Social support and positive health practices. *Western Journal of Nursing Research*, 24(7), 772-787.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Cox, D. i Pelletier, D. (2004). Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: A meta-analysis. *Bmj*, 328, 731.
- Mrzljak, J. (2020). *Uspješno starenje osoba starije životne dobi*. [Neobjavljeni završni rad]. Sveučilište Sjever.
- Mwanyangala, M., Mayombana, C., Urassa, H., Charles, J., Mahutanga, C., Abdullah, S. i Nathan, R. (2010). Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global Health Action*, 3(1), 2142.
- Okamoto, K. i Tanaka, Y. (2004). Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*, 38(3), 318-322.
- Oksuzyan, A., Juel, K., Vaupel, J. W. i Christensen, K. (2008). Men: Good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(2), 91-102.

- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A. i Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2367-2380.
- Parslow, R. A., Lewis, V. J. i Nay, R. (2011). Successful aging: Development and testing of a multidimensional model using data from a large sample of older australians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2077-2083.
- Perrig-Chiello, P. i Hutchison, S. (2010). Health and well-being in old age: The pertinence of a gender mainstreaming approach in research. *Gerontology*, 56(2), 208-213.
- Portero, C. F. i Oliva, A. (2007). Social support, psychological well-being, and health among the elderly. *Educational Gerontology*, 33(12), 1053-1068.
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., Rose, M. i Cartwright, F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50(6), 821-833.
- Puskar, K. R., Marie Bernardo, L., Ren, D., Haley, T. M., Hetager Tark, K., Switala, J. i Siemon, L. (2010). Self-esteem and optimism in rural youth: Gender differences. *Contemporary Nurse*, 34(2), 190-198.
- Puskar, K. R., Sereika, S. M., Lamb, J., Tusaie-Mumford, K. i McGuinness, T. (1999). Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(2), 115-130.
- Radcliffe, N. M. i Klein, W. M. (2002). Dispositional, unrealistic, and comparative optimism: Differential relations with the knowledge and processing of risk information and beliefs about personal risk. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 836-846.
- Reblin, M. i Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201.
- Rijken, M., Komproe, I. H., Ros, W. J., Winnubst, J. A. i van Heesch, N. C. (1995). Subjective well-being of elderly women: Conceptual differences between cancer

- patients, women suffering from chronic ailments and healthy women. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(2), 289-300.
- Rowe, J. W. i Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Ruthig, J. C., Chipperfield, J. G., Newall, N. E., Perry, R. P. i Hall, N. C. (2007). Detrimental effects of falling on health and well-being in later life: The mediating roles of perceived control and optimism. *Journal of Health Psychology*, 12(2), 231-248.
- Rutter, E. C., Tyas, S. L., Maxwell, C. J., Law, J., O'Connell, M. E., Konnert, C. A. i Oremus, M. (2020). Association between functional social support and cognitive function in middle-aged and older adults: a protocol for a systematic review. *BMJ Open*, 10(4), e037301.
- Scheier, M. F. i Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. i Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G. i Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly?. The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39(3), 227-237.
- Schneider, S. L. (2001). In search of realistic optimism: Meaning, knowledge, and warm fuzziness. *American Psychologist*, 56(3), 250.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 115-127.
- Segerstrom, S. C. (2007). Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 772-786.
- Shanas, E. (1979). The family as a social support system in old age. *The Gerontologist*, 19(2), 169-174.

- Singh, S. i Shukla, A. (2014). Optimism among institutionalized elderly: A gender study. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 5(10), 1198-1200.
- Stephens, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S. R. i Iliffe, S. (2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, 11(1), 71-84.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *Journal of Health and Social Behavior*, 53-79.
- Tindle, H. A., Chang, Y. F., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G., Rosal, M. C., Siegle G. J. i Matthews, K. A. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the women's health initiative. *Circulation*, 120(8), 656-662.
- Tucak Junaković, I., Nekić, M. i Ambrosi-Randić, N. (2020). Konstrukcija i validacija skale samoprocjene uspješnog starenja. *Suvremena psihologija*, 23(1), 7-20.
- Turner, H. A. (1994). Gender and social support: Taking the bad with the good?. *Sex Roles*, 30(7), 521-541.
- Tusaie, K. R. i Patterson, K. (2006). Relationships among trait, situational, and comparative optimism: Clarifying concepts for a theoretically consistent and evidence-based intervention to maximize resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(3), 144-150.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377-387.
- Uchino, B. N., Bowen, K., Kent de Grey, R., Mikel, J. i Fisher, E. B. (2018). *Social support and physical health: Models, mechanisms, and opportunities*. Springer.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. i Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488-531.
- van Doorn, C. (1999). A qualitative approach to studying health optimism, realism, and pessimism. *Research on Aging*, 21(3), 440-457.

- Verbrugge, L. M., Wingard, D. L. i Features Submission, H. C. (1987). Sex differentials in health and mortality. *Women & Health, 12*(2), 103-145.
- Waldron, I. i Johnston, S. (1976). Why do women live longer than men?. *Journal of Human Stress, 2*(2), 19-30.
- Xavier, F. M., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. U. i Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people s definition of quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry, 25* (1), 31-39.
- You, J., Fung, H. H. i Isaacowitz, D. M. (2009). Age differences in dispositional optimism: A cross-cultural study. *European Journal of Ageing, 6*(4), 247-252.
- Young, Y., Frick, K. D. i Phelan, E. A. (2009). Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual?. A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association, 10* (2), 87-92.
- Zanjani, S., Tol, A., Mohebbi, B., Sadeghi, R., Jalyani, K. N. i Moradi, A. (2015). Determinants of healthy lifestyle and its related factors among elderly people. *Journal of Education and Health Promotion, 4*, (103).
- Zvizdić, S. (2015). *Socijalna podrška i rezilijencija kod djece i adolescenata*. Filozofski fakultet u Sarajevu.